

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial
Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Brejão, Antônio Almeida/PI**

Pedro Alexis Hernández Marrero

Pelotas, 2016

Pedro Alexis Hernández Marrero

**Melhoria da Atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial
Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Brejão, Antônio Almeida/PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EAD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Ernande Valentin do Prado.

Pelotas, 2016.

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

M358m Marrero, Pedro Alexis Hernández

Melhoria da Atenção aos Usuários Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Brejão, Antônio Almeida/PI / Pedro Alexis Hernández Marrero; Ernande Valentin do Prado, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

108 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Prado, Ernande Valentin do, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho aos povos do Brasil e de Cuba que através do programa mais médicos tem melhorado a atenção à saúde das pessoas, as famílias e as comunidades o que demonstra que um mundo melhor é possível.

Quero agradecer a todos aqueles que fizeram possível a realização deste trabalho em especial a nossa equipe de saúde, ACS e a toda a população das comunidades da UBS Brejão.

Resumo

HERNANDEZ, Pedro Alexis Marrero. **Melhoria da Atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Brejão, Antônio Almeida/PI.** Ano. 2016. 106f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2016.

A hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco das doenças cardiovasculares que constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Estas doenças levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade, e muito importante o controle destas doenças na atenção primária de saúde diante a educação para a modificação dos hábitos e estilos de vida. A intervenção foi desenvolvida na UBS “Brejão”, que possui uma população adstrita de 903 habitantes. A ação programática escolhida pela equipe de saúde de nossa UBS para ser foco de intervenção foi à atenção a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes porque são considerados uns dois programas priorizados pelo Ministério da Saúde. O objetivo do acompanhamento das pessoas com HAS e DM é impactar positivamente na morbimortalidade, diminuir as complicações e as sequelas que elas deixam na pessoa a família e a sociedade; propiciando uma melhoria na qualidade de vida e no estado de saúde da população em nossa área de abrangência. Com o objetivo geral de melhorar a Atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS “Brejão” no município Antônio Almeida/PI, foram desenvolvidas, ao longo de 12 semanas, ações em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, sendo estabelecidos objetivos e metas a serem cumpridos em cada eixo. Para realizar a intervenção adotamos o programa de atenção das pessoas com HAS e DM, implementou-se a ficha-espelho para facilitar a organização das principais informações do atendimento e utilizamos a Planilha de Coleta de Dados para coletar todos os indicadores necessários à execução e monitoramento da intervenção. Assim, nas doze semanas conseguimos ampliar a cobertura dos usuários residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o programa (137 com hipertensão e 34 com diabetes) melhoramos a adesão, a qualidade do registro de informações, mapeamos as pessoas com risco cardiovascular e promovemos a saúde para estimular mudanças em os estilos de vida e melhorar a qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Foto cidade de Antônio Almeida Piauí.	11
Figura 2	Foto UBS Brejão.	12
Figura 3	Foto da escola de Brejão.	13
Figura 4	Gráfico de cobertura do programa de atenção às pessoas com HAS.	78
Figura 5	Gráfico de cobertura do programa de atenção às pessoas com DM.	79
Figura 6	Gráfico com proporção de pessoas com HAS com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	81
Figura 7	Fotografias das estradas da área adstrita.	82
Figura 8	Gráfico com a proporção de pessoas com DM com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	82
Figura 9	Gráfico com proporção de pessoas com HAS com prescrição de medicações da farmácia popular.	83
Figura 10	Visitas domiciliares na área adstrita	85
Figura 11	Atendimento clínico.	86
Figura 12	Gráfico de cobertura do programa de atenção às pessoas com HAS e DM.	92

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (inglês).
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ECG	Eletrocardiograma
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus de imunodeficiência Humana (inglês)
HPV	Vírus Papiloma Humano (inglês)
HBsAg	Hepatites B
IAM	Infarto Agudo de Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSA	Antígeno específica de próstata (inglês)
SUS	Sistema Único de Saúde
SAMU	Sistema de Atenção Médica de Urgência
TGP	Transaminase glutâmico pirúvico
TGO	Transaminase glutâmico oxalacético
TB	Tuberculose
UFPEl	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
VDRL	Prova sorológica para a sífilis (Venereal Disease Research Laboratory)

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	21
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e metas.....	24
2.2.1 Objetivo geral.....	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas	24
2.3 Metodologia	26
2.3.1 Detalhamento das ações	26
2.3.2 Indicadores	61
2.3.3 Logística	69
2.3.4 Cronograma.....	72
3 Relatório da Intervenção	73
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	73
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	77
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	77
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	78
4 Avaliação da intervenção	79
4.1 Resultados	79
4.2 Discussão	90
5 Relatório da intervenção para gestores.....	93
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	96
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	98
Referências	101
Anexos	102

Anexo A - Documento do comitê de ética	103
Anexo B- Planilha de coleta de dados	104
Anexo C-Ficha espelho	105
Anexo D- Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias	106

Apresentação

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em saúde da família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, promovida pela Universidade Federal de Pelotas. Após realizar a análises situacional e análises estratégica, coletamos e organizamos informações relacionadas aos indicadores epidemiológicos, oferta e organização dos serviços da UBS e após sistematizá-los, tendo-os como bases para a escolha da intervenção prioritária para nosso serviço, elaboramos o projeto de intervenção para a qualificação da atenção das pessoas com hipertensão e diabetes na UBS “Brejão” no Município Antônio Almeida/PI.

O volume se inicia pela análises situacional, que discorre sobre a situação da ESF antes da intervenção, seguida da análises estratégica, composta pelo projeto de intervenção propriamente dito, com a justificativa, os objetivos, a metodologia, as ações, os indicadores, a logística e o cronograma. Também se apresenta um relatório final da intervenção que versa sobre as facilidades e dificuldades encontradas no decorrer da intervenção e então a análises da intervenção, com a apresentação dos resultados e discussão da importância para a equipe para o serviço e para a comunidade.

Conclui-se com uma reflexão crítica do processo de aprendizagem no desenvolvimento do trabalho e o significado do curso para a prática profissional.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS¹

O município Antônio Almeida, no estado do Piauí, apresenta uma população de 3.079 habitantes e uma área de unidade territorial de 645.745 km. Os serviços de saúde são constituídos de duas UBS, uma situada na cidade e outra no interior. Não existe hospital, SAMU (serviço de assistência médica de urgência) e não dispõe de atenção especializada, o hospital regional está situado em um uma cidade distante 50 km.

A UBS Brejão, situada no interior, atende uma população estimada de 903 habitantes, na localidade não existem serviços básicos como água tratada e energia elétrica, a qual só é possível por motor a diesel, durando só três horas por dia.

A situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em meu serviço é muito difícil, atendemos três comunidades muito distantes as quais tem muita carência dos serviços médicos. Oferecemos consulta uma vez por semana em cada uma de elas, donde se da atenção integral as crianças, gestantes, usuários com doenças crônicas e pessoas com necessidades especiais, realizando também visitas domiciliares, palestras sobre higiene da água para diminuir os altos índices de parasitismo intestinal, sobre os riscos da gravidez na adolescência, consumo de álcool e sobre a importância de fazer de forma correta o tratamento das enfermidades crônicas como a hipertensão arterial sistêmica, com altos índices nestas comunidades.

Além da proporção de médico- usuário é necessária a existência de equipe toda de saúde nessas comunidades por ser muito afastada e de difícil acesso.

¹ Esse texto não foi corrigido, apenas formatado.

Nossa equipe está formada por médico, enfermeira e técnico de enfermagem, os serviços de odontologia e exames laboratoriais são oferecidos na UBS da cidade.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em nosso município tem um funcionamento muito bom, com profissionais capacitados e bons resultados de trabalho, no entanto somente atendem na cidade onde se oferece serviços para as duas UBS (não viajam ao interior).

Desde o início de nosso trabalho nestas comunidades existe uma melhoria da situação de saúde da população, mas ainda há muito trabalho a fazer, pois o nível cultural destas comunidades é muito baixo, com muitas pessoas que não sabem ler e às vezes é difícil a compreensão dos problemas da saúde e a responsabilização deles com sua saúde. Seria importante conseguir a participação de toda a comunidade para o enfrentamento dos problemas de saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Antônio Almeida é um município brasileiro do Estado do Piauí. Sua população estimada pelo IBGE em 2013 foi de 3079 habitantes. Possui uma área de 604,58 km². É um município pouco desenvolvido, desde o ponto de vista econômico, social e industrial, chamada Capital do Calcário Piauiense. Limita-se ao norte com o município de Marcos Parente, ao nordeste com Landri Sales, ao sul com Uruçuí e ao oeste Porto Alegre do Piauí e Rio Parnaíba. A cidade fica a uma distância de 400 km, aproximadamente, de Teresina, capital do estado. A maior parte da cidade é localizada em um vão, cercada de morros.



Figura 1. Foto Cidade de Antonio Almeida Piauí.

O sistema de saúde é composto por duas UBS com ESF, uma na cidade (UBS Napoleão Costa Veloso) a outra na zona rural (UBS Brejão), temos um NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) que trabalha para as duas UBS, não temos hospital no município, em caso de necessidade de internação/hospitalização encaminhamos os nossos usuários para o Hospital Regional em Uruçuí, que fica a 50 km, não dispomos de especialistas, nem de especialidades odontológicas (CEO).



Figura 2. Foto UBS Brejão.

Nossa UBS se encontra na zona rural, em um povoado chamado Brejão, a população total é de 903 pessoas, é constituída de três povoados, a Formiga e Assentamento Beleza, e a população de pé de Piquí; a equipe de saúde está composta por um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem, quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Mantemos relações de trabalho com a UBS da cidade que presta alguns serviços a nossa população como são, atendimento odontológico, vacinação e toma de mostra de exames complementares, (Hemograma completo, Glicemia de jejum, Lipidograma, Ácido Úrico, Ureia, Creatinina, PSA, Proteínas totais e frações, Sorologia de dengue, Toxoplasmose, VDRL, HIV, HBsAg, Tipagem Sanguínea, Coagulograma completo, TGP, TGO, VSG e Fezes. São realizadas nas segundas e quartas-feiras, e são trasladadas a um laboratório em a cidade de Uruçuí onde são processadas. Também se realizam exames de urgência de urina e teste de gravidez, coleta-se amostra de baciloscopia, teste de pezinho, para gestantes pesquisa-se toxoplasmose, hepatite, sífilis, AIDS, rubéola, citomegalovírus. Quando um usuário precisa fazer raspagem dérmica para Hanseníase ou leishmaniose tegumentária o pessoal de laboratório é responsável de levar o paciente para o laboratório central para tomar a mostra. A UBS não cumpre com os aspectos da estrutura preconizada no manual de Estrutura Física

das UBS do Ministério de Saúde (MS), não tem sala de recepção, nem energia elétrica, nem água corrente (lavamos as mãos com gel anti-séptico), conforme preconizado pelo Manual de Higienização das mãos do (MS), não tem salas de vacina, nem farmácia (os medicamentos viajam com nós e o enfermeiro faz entrega deles aos usuários atendidos na consulta), somente tem um banheiro para profissionais e usuários, e não tem boa acessibilidade a pessoas com dificuldade ou limitações de mobilidade física visto que não tem escadas com corrimãos, não têm rampas de acesso para cadeiras de roda; as ruas dos povoados não têm calçamento. O Sistema de manutenção e reposição de equipamentos é de responsabilidade da secretaria de saúde mediante da solicitação da equipe e sempre recebe uma resposta, nossa equipe de saúde participa na gestão dos insumos para realizar o trabalho, pois nos trasladamos todos os dias a comunidades diferentes com difícil acesso e tentamos cobrir todas as demandas da população, o médico, enfermeiro e o agente comunitário de saúde ajudam no gerenciamento dos medicamentos necessários para o adequado funcionamento da UBS.



Figura 3. Escola da comunidade de Brejão.

Ainda temos que trabalhar mais no programa saúde na escola para a formação dos estudantes por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, educação da população em modos e estilos de vida saudáveis, higiene ambiental e cuidada da saúde pessoal.

O acolhimento à demanda espontânea é realizado pelo enfermeiro que faz uma avaliação do risco, se o usuário necessita de atendimento imediato é levado à consulta médica, se não se entrega a ficha e passa à fila e é atendido no dia, pois como trabalhamos em cada povoado uma vez na semana atendemos a todos os usuários no dia.

Os atendimentos de puericultura são realizados todos os dias da semana em cada uma das localidades, conforme o dia que a equipe está nelas. No atendimento das consultas de puericultura participa o técnico\auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico, sempre o usuário sai da consulta com o agendamento da próxima consulta. A vacinação é realizada na UBS da cidade (distante 22 km) as crianças são trasladadas no transporte da escola e em motos particulares, e são registradas todas as vacinas na caderneta com datas da próxima vacina, escrita com lápis (data, mês, ano). Temos cadastrados 10 crianças menores de um ano de 14 estimados para uma cobertura de 71,4% e 29 cadastrados menores de cinco anos com cobertura de 100%.

Em todas as consultas se solicita a caderneta da criança para atualizar e preencher informações atuais se explica o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento, reconhecer sinais de risco, desenvolvimento neuro-psicomotor da criança. Começamos com ajuda dos agentes comunitários a recuperar as consultas de puericultura depois dos três anos, temos mães que não trazem a criança para sua primeira consulta até os sete dias, ainda quando orienta se na visita domiciliar que realiza nossa equipe na primeira semana de nascido. O foco na redução da morbimortalidade e potencializar o desenvolvimento infantil se mantêm como algo prioritário na atenção primária.

Em relação à atenção ao pré-natal, a área de abrangência da UBS tem nove gestantes, todas acompanhadas por nossa equipe, todas têm um registro SIS-PRENATAL que é realizado na secretaria de saúde pelo enfermeiro da equipe, um prontuário, uma ficha de gestante e o cartão de gestante onde são anotadas as consultas feitas e se programa próxima consulta com data certa (dia, mês, ano), as consultas de gestantes são realizadas todos os dias, se realizam atividades de promoção de saúde sobre importância do aleitamento materno até sexto mês da vida, alimentação saudável para gestantes, se oferece suplementos vitamínico e ácido fólico para a prevenção da anemia, em cada consulta se realiza uma avaliação do risco da gestante, todos os profissionais estão envolvidos no cuidado às gestantes, não temos protocolos de atenção impressa na UBS, mas se leva à prática que fazer em cada caso; classificamos as gestantes em baixo ou alto risco (se apresenta diabetes, hipertensão, gêmeos, tumores associados à gestação), as atividades para as gestantes são programadas e planejadas por nossa equipe de quinze em quinze dias e a divulgação é feita pelos agentes comunitários de saúde.

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável. Nossa equipe está cumprindo com o número adequado de consultas que seria igual ou superior a seis. Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, nossa equipe encaminha a gestante para o hospital mais perto da cidade para a avaliação do bem-estar fetal, líquido amniótico. A equipe ainda está trabalhando junto com os agentes comunitários para reconhecer a população de mulheres em idade fértil. Nossa equipe ainda tem que trabalhar, mais para a captação até das 12 semanas de gestação, pois sabemos que três (33%) foram captadas no II trimestre da gestação.

Na primeira consulta fazemos a solicitação dos exames e ultrassonografia, para depois avaliar os resultados, conhecemos se a gravidez foi planejada ou não, as gestantes utilizam o transporte escolar ou vêm em motos para fazer os exames na UBS da cidade, os parceiros não participam das consultas, em todas as consultas informamos sobre os benefícios do parto fisiológico, e a importância do aleitamento materno exclusivo até sexto mês da vida. Depois do parto ante os sete dias, a puérpera e o recém-nascido, têm consulta já seja com o enfermeiro ou médico onde se explica novamente a importância da amamentação, vacinação atualizada, sulfato ferroso até três meses depois do parto. Orienta-se para todas as gestantes a assistência odontológica, serviço oferecido também na UBS da cidade. Para nós é um programa priorizado e é um reto muito grande lograr uma atenção de qualidade a todas as gestantes da população, pois quase todas têm um nível cultural baixo. Segundo o Caderno de ações programáticas (CAP) a atenção ao pré-natal e puerpério tem 100 %de cobertura das nove gestantes residentes na área, as quais são acompanhadas na UBS; não conhecemos quantas iniciou no primeiro trimestre sua consulta pré-natal, se dá orientação sobre o aleitamento materno exclusivo até sexto mês; ainda não se conhece o número de mulheres que fizeram consultas de puerpério nos últimos 12 meses, todas as puérperas foram consultadas antes dos 42 dias de pós-parto, sua consulta fica registrada na ficha de puerpério, todas recebem orientações sobre aleitamento materno exclusivo, aos 42 dias depois do parto se orienta o uso de anticoncepcional.

Nossa equipe de saúde tem que trabalhar na avaliação pré-concepcional para identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação, para melhorar os índices de morbidade e mortalidade materna e infantil, é importante trabalhar no planejamento familiar para diminuir as gestações

não desejadas, abortamentos, diminuir o número de cesáreas diminuam bebês de baixo peso, diminuir a gravidez em adolescentes ou mulheres com patologia crônica; a equipe de saúde está trabalhando na orientação nutricional, risco do tabagismo, bebidas alcoólicas, uso de medicamentos, condições de trabalho, uso de ácido fólico em todas as mulheres que desejam engravidar.

Não foi possível preencher o caderno das ações programáticas com os dados solicitados, as fontes de dados utilizadas foram o prontuário clínico, no grupo de mulheres de 25 a 64 anos encontrassem cadastradas 206 de um estimado de 220 (93%). Prevenção primária é a ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica; inclui promoção da saúde e proteção específica. Contamos com preservativos para homens e para mulheres, e se orienta a importância do uso para evitar doença de transmissão sexual (DST); são realizadas ações de educação para a realização periódica do exame preventivo do câncer do colo útero.

Em nossa UBS não se realiza coleta de exame citológico, realiza-se uma vez por semana na UBS da cidade (terça-feira) que é consulta de saúde da mulher só no turno da tarde, a coleta de exame citopatológico é realizado por o médico e enfermeiro; todos os profissionais orientam de uma forma ou outra a todas as mulheres sobre a necessidade de realizar o exame preventivo; o rastreamento do câncer de colo de útero é oportuníssimo; não existe o protocolo de prevenção por o Ministério da Saúde, não se conhecem os últimos três anos quantas mulheres foram identificadas com exame citopatológico alterado; se tem registrados os atendimentos às mulheres que realizam a coleta de exame no prontuário clínico; não existe arquivo para o registro dos resultados. O câncer de colo de útero é um importante problema de saúde pública no mundo, todos os profissionais têm que estar envolvidos nestas ações, porque não só é trabalho do médico e enfermeiro, os protocolos existem a pesar de não cumprir-se com eficácia, aquelas mulheres que tenham o exame citopatológico alterado são encaminhadas e priorizadas à consulta especializada de oncologia em Teresina; oferecemos palestra e orientamos a cada mulher sobre a importância de realizar o exame preventivo.

Quanto à organização do controle do câncer de mama pode-se dizer que em minha UBS não existe um registro de controle do câncer de mama, o mesmo é realizado todos os dias da semana em consulta médica ou consulta de enfermeiro, as ações de prevenção são realizadas no mesmo posto de saúde onde se leva um

controle só no prontuário, não existe organização adequada, não todos os profissionais estão envolvidos no programa do câncer de mama, se orienta de como realizar o auto-exame de mama e qual é os sinais de alerta, o acompanhamento das mulheres com mamografia alterada é por oncologista em Teresina e por a equipe de saúde, o único registro que existe é o prontuário individual. Os exames são realizados, mas sem organização de registro, teríamos que dispor de um arquivo com os nomes de todas as mulheres maiores de 25 anos, apoiarmos nos agentes comunitários na busca de mulheres faltosas e outro arquivo com mulheres maiores de 30 anos, assim a equipe pode conhecer quais são as mulheres faltosas, quais são positivas, quantas tem mamografia alterada, quantas tem exame citopatológico.

Na UBS, em relação à atenção à mulher, se orienta as mulheres a realizar caminhados todos os dias, para melhorar a circulação, diminuir o peso corporal; são realizadas ações sobre o consumo excessivo de álcool e o abuso de medicação. Oferece-se educação de como realizar o auto-exame de mama e como reconhecer os sinais e sintomas do câncer de mama, se orienta que deve ser realizado por a própria usuária uma vez por mês e por um profissional uma vez por ano a todas as mulheres maiores de 30 anos. Além disso, se realiza o exame clínico das mamas, solicitação de ultrassonografia e mamografia a todas as mulheres com risco elevado de câncer de mama e maiores de 45 anos com alguns sintomas das mamas, o exame da mama é realizado todos os dias da semana e em todos os turnos (de manhã e tarde), quem realiza as ações de rastreamento do câncer de mama são o médico e o enfermeiro; em minha UBS é utilizado o rastreamento oportuníssimo onde o exame das mamas é realizado oportunamente às mulheres maiores de 30 anos que chegam à consulta; não temos nenhum protocolo sobre o controle do câncer de mama.

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus são importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares e são controláveis com medidas preventivas; na UBS são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, diante palestras, caminhadas, tratamos de controlar o peso corporal, se da a conhecer os danos que ocasionam o consumo excessivo de álcool e o tabagismo; se realiza atendimento todos os dias da semana para todos os usuários portadores de programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes, quem participa do atendimento são o médico e a enfermeiro, após a

consulta o usuário sai da UBS com a próxima consulta programada, também atendemos todos os dias a os adultos com problemas de saúde agudos, não existe excesso da demanda no atendimento por problemas de saúde. Não existe um protocolo de atendimento para usuários com programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes, dentro das ações desenvolvidas na UBS no cuidado aos portadores de programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes são: imunizações, tratamento, saúde bucal, saúde mental, alcoolismo, tratamento da obesidade, sedentarismo, tabagismo e complicações; se usam protocolos de encaminhamento para consultas especializadas, todos os atendimentos são registrados no prontuário clínico, não existe nenhum arquivo específico para os registros dos atendimentos dos usuários com programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes, não existe o programa de programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes; os responsáveis pelo cadastramento dos adultos são o enfermeiro, medico, e técnico de enfermagem, o responsável pelo envio dos cadastros á secretaria municipal de saúde é o enfermeiro (Jeff do ESF),a equipe de saúde realiza atividades com os grupos de programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes duas vezes ao mês (palestras).Temos 105 usuários cadastrados com hipertensão arterial de 181 estimados para uma cobertura de 50% e 43 usuários cadastrados com diabetes mellitus de 52 estimados para uma cobertura de 82%, cuja fonte foi SIAB e os prontuários. Na consulta se faz uma avaliação completa do paciente, se está tomando seus remédios direitinhos, se estão fazendo caminhada, (pois não contamos com academia nem educador físico), realizamos uma avaliação do peso corporal, oferecemos orientações sobre hábito alimentar saudável, realização de exames para o rastreamento do risco cardiovascular está pesquisando usuários diabéticos assintomáticos com pressão arterial maior de 135\80; já que a hipertensão arterial é uma condição prevalente que inclui: mortes prematuras, ataque cardíaco, insuficiência renal crônica e AVC.

Foi muito difícil diante o registro que temos preencher o caderno, pois só contamos com prontuários e dados dos agentes comunitários, que ainda não estão completos porque estão trabalhando no cadastramento da ficha individual, a cobertura está abaixo da adequada, isso quer dizer que ainda falta trabalho por realizar, temos que encaminhar ações de saúde para a pesquisa de usuários hipertensos e diabéticos; um problema que temos é a falta de esfigmomanômetro e

glicômetros para os agentes comunitários, temos que capacitar-lhe para toma correta da pressão arterial e assim é possível pesquisar toda a população. Para melhorar a qualidade de atendimento e ampliar a cobertura (programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes) devemos trabalhar mais na pesquisa de usuários maiores de 20 anos, orientando que todo paciente que chegue ao posto de saúde por qualquer motivo tenha que medir sua pressão arterial e aquele que presente fatores de risco de diabetes mellitus, fazer toma casual de glicose capilar.

O atendimento aos idosos é realizado em cada uma das localidades quando a equipe está nelas, neste atendimento participam o enfermeiro e o médico, técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, após a consulta, o idoso sai da UBS com o mês da próxima consulta, não existe demanda de idosos para o atendimento por problemas de saúde agudos, sempre que um idoso chega ao posto de saúde por problemas de saúde é atendido, não contamos com o protocolo de atenção.

Nosso município tem o CRAS (centro de referência da assistência social) onde são desenvolvidas ações no cuidado aos idosos, como imunizações, danças, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, saúde mental, a importância do uso de bastão para evitar quedas, mais nossos idosos não participam, pois não viajam a cidade por não ter transporte e a equipe do CRAS não viajam ao interior; todos os atendimentos dos idosos são registrados no prontuário clínico.

A prefeitura e a secretaria de saúde oferecem cadeira de rodas, aparelho de ouvido, bastão, andadeiras, medicamentos, cirurgia para cataratas; são poucos os idosos que ainda tem a caderneta, onde se avalia em cada consulta peso, IMC, pressão arterial, batimento cardíaco, medicação e retorno; também se realizam atividades de grupos com os idosos, com a participação de toda a equipe de saúde; se realiza cuidado domiciliar aos idosos, existe um levantamento de todos os idosos moradores da área de abrangência que precisam cuidado domiciliar (esses casos são visitados).

Temos que melhorar o atendimento desta população, na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e tratamentos para melhorar a qualidade de vida. O preenchimento do caderno foi diante os prontuários e ficha de atendimento, labor muito difícil, pois só está arquivada por

ordem alfabética, a estimativa de idosos e de 96 pessoas e somente cadastrados 79 para 79,1% de cobertura, isso quer dizer que ainda faltam idosos que não estão cadastrados, por isso o trabalho que estão realizando todos os agentes comunitários no cadastramento de sua área para ter um conhecimento verdadeiro da realidade. De todos os cadastrados somente 23 (29%) tem caderneta de idosos, os outros têm um cartão com os medicamentos das doenças crônicas não transmissíveis, temos que trabalhar mais na avaliação multidimensional do idoso porque só temos avaliado 31(39%) e melhorar no atendimento da saúde bucal e realização de prótese.

É importante realizar a avaliação global da saúde da pessoa idosa, com ênfase na funcionalidade, incorporar a família e comunidade no cuidado do usuário idoso, para melhorar a qualidade de vida, nossa UBS em consultas e com a ajuda dos agentes comunitários realizamos pesquisa para a busca de catarata e hipoacusia, se realiza avaliação funcional de aqueles que não podem morar sozinhos para a busca de cuidadores ou familiares que cuidem do idoso, de certa maneira todos os profissionais estamos envolvidos na tarefa de velar por o cuidado do paciente idoso e ajudar a resolver seus problemas. As consultas são registradas no prontuário e na caderneta dos aqueles que têm: se realizam atividades como mínimo dois ao mês, caminhadas, a equipe de saúde realiza visitas domiciliares programadas todas as semanas.

Todos deveriam acolher a pessoas idosas de forma humanizada reconhecer suas necessidades de saúde, conhecer os hábitos de vida, identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis, atualizar todos os dados dos SIAB, continuar incentivando nas atividades de educação de maneira participativa.

A UBS não dispõe de atendimento odontológico, o serviço é oferecido na UBS da cidade, onde trabalha um odontólogo, de 15 em 15 dias (de segunda a quinta), não tenho domínio nem da quantidade de usuários que são atendidos por dia, nem quantos procedimentos fazem por usuário. O seguimento das gestantes para estas consultas é muito baixo (em 15 dias foi avaliada uma gestante), quase todas as gestantes terminam sua gestação sem ser vista por odontologia, muitas vezes por medo e outras por falta de orientação de nós como profissionais, em cada consulta médica ou do enfermeiro entrega a referência para a consulta com odontólogo para tentar melhorar este indicador mais a assistência não melhora, sendo está tão importante na gestação. Em cada consulta temos a obrigação de falar para todas as gestantes a importância dessa consulta pela maior probabilidade de problemas

gingivais durante a gestação e para orientar bons hábitos de higiene para mãe-bebê. As falhas de registro não permitiram o preenchimento desta parte do caderno de ações programáticas, não tenho o conhecimento da média de procedimentos clínicos por habitantes, não sei como está a consulta odontológica em grupos populacionais prioritários, não programam palestras nas escolas do interior só na cidade (como deve ser a escova de dente, aplicação de flúor a importância da saúde bucal), não existe mecanismo para a realização de prótese, só por consulta privada, com as custos do próprio usuário.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Após ler o texto inicial em relação à situação as ESF/APS em meu serviço e comparando com o que colocamos neste Relatório, já pudemos mudar algumas coisas no processo de trabalho: as maiorias das pessoas com hipertensão arterial e diabetes assistem a consultas programadas e tomam os medicamentos como estão indicados pelo médico, diminuem o número de faltosos as consultas, as gestantes acodem a consultas no primeiro trimestre e não faltam a consultas sem justificção, nos prontuários clínicos se registram todas as consultas e procederes oferecidos aos usuários e se programa aproxima consulta, a maioria dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis já tem as fichas espelhos atualizadas, todas as gestantes possuem e assistem as consultas com as cadernetas das gestantes e estamos atualizando as cadernetas das crianças tarefa mais difícil, pois a população não tem costumes de sua utilização, a realização dos exames laboratoriais e assistência odontológica na UBS da cidade melhoram e hoje todos os usuários recebem atenção no mesmo mês. A participação da população nas atividades programadas pela UBS há melhorado muito assim como sua colaboração, a transportação da equipe as comunidades e garantida todos os dias pela secretária de saúde permitindo estabilidade em nosso trabalho e cumprir com todas as atividades programadas.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Na Estratégia de Saúde da Família, o acompanhamento às pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus tem sido uma atividade frequente e de muita importância para o melhoramento dos indicadores de saúde, pois estas doenças constituem causa e/ou fatores de risco das principais causas de morte na maioria dos países do mundo (OMS. Informe sobre a situação mundial das enfermidades não transmissíveis 2014). No Brasil, o Diabetes Mellitus junto com a Hipertensão Arterial é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos em usuários com insuficiência renal crônica submetido às diálises. A HAS tem uma prevalência entre 22% a 44% e a diabetes mellitus tem uma prevalência de 11%. (SBS; SBH, SBN). (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, São Paulo, 13 de fevereiro de 2006). (Caderno de atenção básica nº 16, Brasília, 2006).

A UBS Brejão não cumpre com os aspectos de estrutura preconizados pelo Ministério de Saúde, têm somente dois consultórios, um médico e um de enfermagem, uma sala de espera e um único banheiro para profissionais e usuários. A equipe de ESF está composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, três agentes comunitários de saúde. Complementando a equipe dispomos de nutricionista, psicóloga, assistente social do NASF, além de fonoaudiólogo e a fisioterapeuta, os quais prestam serviços apenas na cidade, não viajando ao interior juntamente com os demais.

Dos 181 hipertensos estimados para a área, temos 105 acompanhados na UBS com 58% de cobertura. Destes 76 (72%) usuários tem exame clínico e

avaliação do risco cardiovascular, 64 (61%) têm os exames laboratoriais ao dia e 83 (98%) já receberam orientações sobre alimentação saudável e atividade física regular, riscos do tabagismo e saúde bucal; somente 45 (43%) têm realizado exame bucal na UBS. Em relação aos diabéticos temos 52 estimados para a área e são cadastrados⁴³, com 83% de cobertura, 38 (88%) tem avaliação do risco cardiovascular, 31 (72%) tem exames em dia e exames dos pés, com tomada dos pulsos e medição da sensibilidade e que também recebem orientações nas consultas sobre alimentação saudável, atividade física regular 38 (88%), 39 (67%) com exame bucal realizado pelo odontólogo.

Após as reflexões feitas durante a análise situacional deste Curso de Especialização, a equipe de saúde motivou-se a escolher a ação programática de atenção das pessoas com HAS e DM para a realização do projeto de intervenção, buscaremos fornecer informações aos usuários com hipertensão e diabetes, a suas famílias e as comunidades, para ter maior conhecimento da doença, dos fatores de riscos e como modificá-los, a importância do acompanhamento na UBS e a realização periódica dos exames físico e complementares, assim obtendo um impacto na saúde e diminuindo a morbimortalidade por doenças cardiovasculares, AVC e/ou suas sequelas, conseguindo uma melhoria na qualidade de vida dos usuários. As principais dificuldades para a realização do projeto são que não temos especialidades médicas no município, não se realiza ECG nem RX, os serviços odontológicos são realizados apenas na cidade e dispomos de um só profissional de odontologia. Os aspectos que viabilizam a realização da intervenção são uma equipe com desejo de trabalhar, comprometida com a população, além de que contamos com ajuda dos ACS e da secretaria de saúde. É importante explicitar a intervenção no contexto da UBS para familiares e a comunidade para que todos ajudem no cuidado e controle das doenças e formar uma consciência coletiva sobre a saúde e uma responsabilidade no melhoramento na qualidade de vida de toda a população, melhoraremos a qualidade da atenção das pessoas com HAS e DM e adicionalmente, teremos uma redução da morbimortalidade por estas enfermidades e das sequelas decorrentes que afetam a todos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Brejão do Município Antônio Almeida/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura da atenção aos usuários com hipertensão e/ou com diabetes

Meta 1.1: Cadastrar 85% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes mellitus da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 90% de pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes mellitus da UBS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100%% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção para Melhoria na Atenção as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus a ser realizado na UBS Brejão em Antônio Almeida /PI. Este projeto de intervenção está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas. Para desenvolver as ações de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes será adotado o programa de atenção as pessoas com hipertensão e diabetes do (MS). Terá como população alvo os usuários portadores de hipertensão e diabetes da área de abrangência da UBS.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

META 1.1: Cadastrar 85% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes mellitus da UBS

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar 100% de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes mellitus da UBS.

Detalhamento: O monitoramento se realizará através da revisão pelo médico e enfermeiro dos prontuários clínicos, as fichas espelhos e as anotações na PCD.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Garantir o registro de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa.

Detalhamento: O cadastro das pessoas com hipertensão se realizará na UBS pelo médico e o enfermeiro no atendimento clínico.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Detalhamento: O acolhimento dos portadores de HAS será feito por todos os integrantes da equipe de saúde que receberão um treinamento pelo médico na UBS com os temas escuta qualificada e educação formal. Este treinamento será realizado nas reuniões de equipe.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS.

Detalhamento: A secretaria de saúde entregara um esfigmomanômetro em nossa UBS para a tomada da pressão arterial dos usuários. O pedido do material será feito pela técnica de enfermagem.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes mellitus na UBS.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão uma palestra semanal nas comunidades para informar do programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes mellitus, também se informará em cada consulta e nas visitas domiciliares.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão uma palestra semanal nas comunidades para informar da importância de medir a pressão dos usuários maiores de 18 anos para o diagnóstico precoce da HAS e nas consultas e visitas domiciliar se informará aos pais para que seus filhos assistam a UBS a medir a pressão arterial.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Diante a cartazes, palestras, visitas domiciliares e consultas se orientará à comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em os adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: O médico orientará as comunidades em palestras mensais sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

Detalhamento: O enfermeiro realizará a capacitação dos ACS na secretaria, para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: O médico realizará uma capacitação a toda a equipe de saúde da UBS para a tomada correta da pressão arterial e uso adequado do manguito.

META 1.2: Cadastrar 90% de pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes mellitus da UBS.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar 90% dos usuários com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes mellitus da UBS.

Detalhamento: O monitoramento se realizará através da anotação em um livro de registros e no prontuário clínico onde haverá o registro dos atendimentos bem como suas respectivas frequências e data de retorno para facilitar inclusive a busca de faltosas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir o registro das pessoas com diabetes cadastradas no Programa.

Detalhamento: O cadastro dos diabéticos se realizará na UBS pela equipe de enfermagem e na visita domiciliar pelos agentes comunitários de saúde. As visitas são realizadas pelos ACS diariamente, duas tardes com a participação do médico da equipe, estas com prioridade aos usuários cadeirantes, acamados, com doenças descontroladas.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Detalhamento: O acolhimento dos portadores de DM será feito por todos os integrantes da equipe de saúde e receberam um treinamento pelo médico na UBS com os temas escuta qualificada e educação formal.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento: A secretaria de saúde entregará um glicômetro em nossa UBS para medir a glicose capilar dos usuários. O responsável por este pedido será o médico.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

Detalhamento: O informático de saúde realizará a capacitação dos ACS na secretaria, para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: O enfermeiro realizará uma capacitação a toda a equipe de saúde da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Esta ocorrerá nas reuniões de equipe.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

METAS 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão.

Detalhamento: O médico realizará monitoramento da realização de exame clínico apropriado de 15 em 15 dias através da revisão dos prontuários clínico dos usuários com hipertensão.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão.

Detalhamento: O médico realizará capacitação a equipe de saúde na UBS sobre as atribuições de cada um no exame clínico das pessoas com hipertensão arterial.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento: O médico realizará capacitação à equipe de saúde na UBS sobre o protocolo do MS de atenção as pessoas com hipertensão arterial.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: A capacitação à equipe de saúde na UBS sobre o protocolo do MS de atenção as pessoas com hipertensão arterial se realizarão de acordo as necessidades de aprendizagem de cada integrante.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento: Se realizarão a impressão na secretaria de saúde do protocolo atualizado de atenção as pessoas com hipertensão arterial.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão.

Detalhamento: O médico e enfermeiros realizaram palestras mensais nas comunidades quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: O médico realizará uma capacitação à equipe de saúde com o tema exame físico integral das pessoas com hipertensão arterial.

META 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com diabetes.

Detalhamento: O médico realizará monitoramento da realização de exame clínico apropriado de 15 em 15 dias através da revisão dos prontuários clínico dos usuários com diabetes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com diabetes.

Detalhamento: O médico realizará capacitação a equipe de saúde na UBS sobre as atribuições de cada um no exame clínico das pessoas com diabetes mellitus. Esta será realizada nas reuniões de equipe.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento: O médico realizará capacitação à equipe de saúde na UBS sobre o protocolo do MS de atenção as pessoas com diabetes mellitus.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: A capacitação à equipe de saúde na UBS sobre o protocolo do MS de atenção as pessoas com diabetes mellitus se realizará de acordo as necessidades de aprendizagem de cada integrante.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento: Se realizarão a impressão na secretaria de saúde do protocolo atualizado de atenção as pessoas com hipertensão arterial.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes.

Detalhamento: O médico e enfermeiros realizaram palestras mensais nas comunidades quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes mellitus.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: O médico realizará uma capacitação à equipe de saúde com o tema exame físico integral das pessoas com diabetes mellitus.

META 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento: O médico realizará monitoramento da realização de exame dos pés das pessoas com diabetes de 15 em 15 dias através da revisão dos prontuários clínico dos usuários com diabetes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Detalhamento: O médico realizará capacitação a equipe de saúde na UBS sobre as atribuições de cada um no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento: O médico realizará capacitação à equipe de saúde na UBS sobre o protocolo do MS de atenção as pessoas com diabetes mellitus.

Ação: Providenciar junto à gestão o monofilamento 10g para exame dos pés.

Detalhamento: A secretaria de saúde providenciara o monofilamento 10g para exame dos pés de todas as pessoas com diabetes mellitus de nossa UBS.

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Se realizará agendamento das pessoas com diabetes em as visitas domiciliar informando a data exata em que será atendido cujo registro de controle se realizará em um caderno habilitado para esse fim.

Ação: Solicitar a referência e contra-referências (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento: As pessoas com diabetes mellitus que necessitem de uma consulta especializada serão encaminhadas com modelo de referência e se exigira a contra-referência para ser registrada no prontuário clínico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizaram palestras trimestrais para orientar à comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento: O médico realizará uma capacitação à equipe de saúde com o tema exame apropriado dos pés das pessoas com diabetes mellitus.

META 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Detalhamento: O médico realizará monitoramento mensal do número de pessoas com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS das pessoas com hipertensão através da revisão dos prontuários clínicos e livro habilitado aos efeitos dos usuários com hipertensão.

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O médico realizará monitoramento mensal do número de pessoas hipertensas com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada através da revisão dos prontuários clínicos e livro habilitado aos efeitos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Garantir a solicitação dos exames complementares de acordo com os protocolos de atenção das pessoas com hipertensão em as consultas e com a periodicidade recomendada.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: Garantir com o secretário de saúde municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo das pessoas com hipertensão, na UBS da cidade.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: O técnico do laboratório clínico comunicará ao enfermeiro de nossa equipe de saúde os resultados alterados dos usuários hipertensos e que põe em risco a vida ou descontrolo da pressão.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Diante palestras, cartazes e nas conversas nas consultas se orientará as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares para lograr um controle estrito da doença e evitar as complicações.

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Diante palestras, cartazes e nas conversas nas consultas se orientará as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: O médico realizará uma capacitação à equipe de saúde com o tema solicitação de exames complementares por protocolo do MS para as pessoas com hipertensão arterial.

META 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar o número de pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Detalhamento: O médico realizará monitoramento mensal do número de pessoas com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na

UBS das pessoas com diabetes mellitus através da revisão dos prontuários clínicos e livro habilitado aos efeitos dos usuários com hipertensão.

Ação: Monitorar o número de pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O médico realizará monitoramento mensal do número de pessoas diabéticas com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada através da revisão dos prontuários clínicos e livro habilitado aos efeitos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Garantir a solicitação dos exames complementares de acordo com os protocolos de atenção das pessoas com diabetes em as consultas e com a periodicidade recomendada.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: Garantir com o secretario de saúde municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo das pessoas com diabetes, na UBS da cidade.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: O técnico do laboratório clínico comunicará ao enfermeiro de nossa equipe de saúde os resultados alterados dos usuários diabéticos e que põe em risco a vida da pessoa ou controle da doença de base.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Diante palestras, cartazes e nas conversas nas consultas se orientara as pessoas com diabetes e a comunidade quanto à necessidade de

realização de exames complementares para lograr um controle estrito da doença e evitar as complicações.

Ação: Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Diante palestras, cartazes e nas conversas nas consultas se orientara as pessoas com diabetes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: O médico realizará uma capacitação à equipe de saúde com o tema solicitação de exames complementares por protocolo do MS para as pessoas com diabetes mellitus.

META 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: O enfermeiro realizará monitoramento mensal do acesso aos medicamentos da farmácia popular das pessoas com hipertensão através da revisão dos prontuários clínicos, cartão de medicamentos controlados (ficha espelho) e o livro de controle de medicamentos da farmácia.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizaram controle do estoque de medicamentos mensalmente para garantir a cobertura dos 100% das pessoas com hipertensão arterial cadastrados na UBS e dos novos diagnósticos.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão cadastrada na UBS.

Detalhamento: No livro do controle de medicamentos se levará um registro das necessidades dos usuários hipertensos cadastrados na UBS, para no pedido cobrir as faltas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Diante palestra mensais que realizará o enfermeiro se orientará as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: O médico realizará uma capacitação trimestral na UBS à equipe de saúde com o tema atualização terapêutica da hipertensão arterial.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: O enfermeiro capacitará a toda a equipe de saúde sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes e possam orientar a todos os usuários de nossa UBS.

META 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: O enfermeiro realizará monitoramento mensal do acesso aos medicamentos da farmácia popular das pessoas com diabetes através da revisão dos prontuários clínicos, cartão de medicamentos controlados (ficha espelho) e o livro de controle de medicamentos da farmácia.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizaram controle do estoque de medicamentos mensalmente para garantir a cobertura dos 100% das pessoas com diabetes cadastrados na UBS e dos novos diagnósticos.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com diabetes cadastrados na UBS.

Detalhamento: No livro do controle de medicamentos se levará um registro das necessidades dos usuários diabéticos cadastrados na UBS, para no pedido cobrir as faltas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Diante palestra mensais que realizará o enfermeiro se orientará as pessoas com diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes e possíveis alternativas para obter este acesso.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes.

Detalhamento: O médico realizará uma capacitação trimestral na UBS à equipe de saúde com o tema atualização terapêutica da diabetes mellitus.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: O enfermeiro capacitará a toda a equipe de saúde sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes e possam orientar a todos os usuários de nossa UBS.

META 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar as pessoas hipertensas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O monitoramento será feito por o médico e enfermeiro junto aos ACS todos os dias da semana e nas visitas domiciliar e nas consultas, diante exame da cavidade bucal na procura de caries dental, manchas e ou ferimentos das pessoas com hipertensão arterial cadastradas em nossa UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizaram exame bucal aos usuários hipertensos que assistem a consulta e os ACS procuraram na comunidade as pessoas com hipertensão para que assistam a consulta para realizar dita avaliação.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão proveniente da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: As pessoas com hipertensão com necessidades odontológicas serão atendidas na UBS da cidade na segunda e quarta feira, previa coordenação com o secretário de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento: Diante palestra mensais que realizará o enfermeiro se orientara as pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão.

Detalhamento: O odontólogo da UBS da cidade realizará uma capacitação uma vez no trimestre com o tema: avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão.

META 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

Detalhamento: O monitoramento será feito por o médico e enfermeiro junto aos ACS todos os dias da semana e nas visitas domiciliar e nas consultas diante exame da cavidade bucal na procura de caries dental, manchas e ou ferimentos das pessoas com diabetes mellitus cadastradas em nossa UBS.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar as pessoas diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizaram exame bucal aos usuários diabéticos que assistem a consulta e os ACS procuraram na comunidade as pessoas com diabetes para que assistam a consulta para realizar dita avaliação.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com diabetes; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica das pessoas com diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: As pessoas com diabetes com necessidades odontológicas serão atendidas na UBS da cidade na segunda e quarta feira, previa coordenação com o secretário de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento: Diante palestra mensais que realizará o enfermeiro se orientara as pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com diabetes.

Detalhamento: O odontólogo da UBS da cidade realizará uma capacitação uma vez no trimestre com o tema: avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com diabetes.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

META 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: O enfermeiro realizará monitoramento mensal das pessoas com hipertensão cadastrada na UBS faltosas através da revisão dos prontuários clínicos e o livro de atendimento diário.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos faltosos.

Detalhamento: Se realizaram visitas domiciliar semanal aos usuários hipertensos faltosos as consultas previstas no protocolo e se pautará o dia da consulta com data certa.

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: se realizará atendimento todos os dias da semana por o médico e o enfermeiro as pessoas hipertensas faltosas provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: Diante palestra mensais que realizará o enfermeiro se orientara as comunidades sobre a importância de realização das consultas dos hipertensos periodicamente.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão.

Detalhamento: A equipe de saúde realizará uma ouvidoria uma vez por semana com os ACS, lidere das comunidades e familiares das pessoas hipertensas sobre estratégias para resgatar os faltosos a consultas e como evitar as faltas no futuro.

Ação: Esclarecer as pessoas com hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Diante as palestras mensais, as orientações nas consultas o médico e o enfermeiro vão esclarecer aos familiares a comunidade e as pessoas com hipertensão sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e sua importância para o controle da doença e melhorar a qualidade de vida.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: O médico capacitará uma vez ao mês aos ACS quanto à importância de realizar as consultas e sua periodicidade para que eles possam orientar bem as pessoas com hipertensão.

META 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: O enfermeiro realizará monitoramento mensal das pessoas com diabetes cadastrada na UBS faltosas através da revisão dos prontuários clínicos e o livro de atendimento diário.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Se realizaram visitas domiciliares semanais aos usuários diabéticos faltosos as consultas previstas no protocolo e se pautará o dia da consulta com data certa.

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: se realizará atendimento todos os dias da semana por o médico e o enfermeiro as pessoas diabéticas faltosas provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: Diante palestra mensais que realizará o enfermeiro se orientará as comunidades sobre a importância de realização das consultas dos diabéticos periodicamente.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com diabetes.

Detalhamento: A equipe de saúde realizará uma ouvidoria uma vez por semana com os ACS, líderes das comunidades e familiares das pessoas diabéticas sobre estratégias para resgatar os faltosos a consultas e como evitar as faltas no futuro.

Ação: Esclarecer as pessoas com diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Diante as palestras mensais, as orientações nas consultas o médico e o enfermeiro vão esclarecer aos familiares a comunidade e as pessoas com diabetes sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e sua importância para o controle da doença e melhorar a qualidade de vida.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: O médico capacitará uma vez ao mês aos ACS quanto à importância de realizar as consultas e sua periodicidade para que eles possam orientar bem as pessoas com diabetes.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

META 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão acompanhadas na UBS.

Detalhamento: O médico realizará um monitoramento mensal para avaliar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão acompanhadas na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

Detalhamento: O enfermeiro realizará a atualização das informações das pessoas hipertensas no SIAB/e-SUS uma vez ao mês na secretaria de saúde do município.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Se implantara a ficha de acompanhamento em nossa UBS dos 100% das pessoas com hipertensão arterial.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Os integrantes da equipe de saúde realizaram o registro das informações das pessoas hipertensas no livro de atendimento diário, no prontuário clínico diariamente.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O enfermeiro e o responsável pelo monitoramento dos registros das pessoas com hipertensão.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Se habilitara no livro de atendimento diário colunas ao lado de cada usuário hipertenso onde se registrara a data de realização de consulta de acompanhamento, a realização de exame complementar, a realização de estratificação de risco, a avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença e a data da próxima consulta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Diante as palestras mensais, as orientações nas consultas o médico e o enfermeiro orientaram as pessoas com hipertensão e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensas.

Detalhamento: O médico realizará uma capacitação trimestral na UBS à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensas.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: O médico realizará uma capacitação trimestral à equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos das pessoas hipertensas em todas as consultas.

META 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com diabetes acompanhadas na UBS.

Detalhamento: O médico realizará um monitoramento mensal para avaliar a qualidade dos registros de pessoas com diabetes acompanhadas na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: O enfermeiro realizará a atualização das informações dos diabéticos no SIAB/e-SUS uma vez ao mês na secretaria de saúde do município.

Ação: Implantar ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Se implantara a ficha de acompanhamento em nossa UBS dos 100% das pessoas com diabetes mellitus.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Os integrantes da equipe de saúde realizaram o registro das informações das pessoas diabéticas no livro de atendimento diário, no prontuário clínico diariamente.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros dos usuários diabéticos.

Detalhamento: O enfermeiro e o responsável pelo monitoramento dos registros das pessoas com diabetes.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Se habilitara no livro de atendimento diário colunas ao lado de cada usuário diabético onde se registrara a data de realização de consulta de acompanhamento, a realização de exame complementar, a realização de estratificação de risco, a avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença e a data da próxima consulta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar as pessoas com diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Diante as palestras mensais, as orientações nas consultas o médico e o enfermeiro orientaram as pessoas com diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento da pessoa diabética.

Detalhamento: O médico realizará uma capacitação trimestral na UBS à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas diabéticas.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: O médico realizará uma capacitação trimestral à equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos das pessoas diabéticas em todas as consultas.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

META 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão um monitoramento mensal para determinar o número de pessoas com hipertensão com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano através da revisão dos prontuários clínicos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão avaliadas como de alto risco.

Detalhamento: Se priorizara o atendimento das pessoas hipertensas avaliadas de alto risco encontradas no monitoramento e com a participação de toda a equipe de saúde e os ACS se realizaram visitas domiciliares para agendar a data das consultas.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Se atenderam diariamente pela equipe de saúde da UBS nas duas sessões as pessoas hipertensas avaliadas de alto risco.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Nas visitas domiciliares, nas consultas o médico e enfermeiro orientaram aos usuários hipertensos quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Ação: Esclarecer as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Diante as palestras mensais, as orientações nas consultas o médico e o enfermeiro orientaram as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, obesidade, sedentarismo, tabagismo, uso e abuso de álcool).

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: O médico realizará uma capacitação mensal à equipe de saúde sobre como realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo dos usuários hipertensos.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: O médico realizará uma capacitação mensal à equipe de saúde sobre a importância do registro de estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo dos usuários hipertensos.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: O enfermeiro realizará uma capacitação mensal à equipe de saúde quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis dos usuários hipertensos (como alimentação, obesidade, sedentarismo, tabagismo, uso e abuso de álcool).

META 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar o número de pessoas com diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão um monitoramento mensal para determinar o número de pessoas com diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano através da revisão dos prontuários clínicos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Priorizar o atendimento das pessoas com diabetes avaliadas como de alto risco.

Detalhamento: Se priorizara o atendimento das pessoas diabéticas avaliadas de alto risco encontradas no monitoramento e com a participação de toda a equipe de saúde e os ACS se realizaram visitas domiciliares para agendar a data das consultas.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Se atenderam diariamente pela equipe de saúde da UBS nas duas sessões as pessoas diabéticas avaliadas de alto risco.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Nas visitas domiciliares, nas consultas o médico e enfermeiro orientaram aos usuários diabéticos quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Ação: Esclarecer as pessoas com diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Diante as palestras mensais, as orientações nas consultas o médico e o enfermeiro orientaram as pessoas com diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, obesidade, sedentarismo, tabagismo, uso e abuso de álcool).

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

Detalhamento: O médico realizará uma capacitação mensal à equipe de saúde sobre como realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo dos usuários diabéticos, em especial a avaliação dos pés.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: O médico realizará uma capacitação mensal à equipe de saúde sobre a importância do registro de estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo dos usuários diabéticos, em especial a avaliação dos pés.

Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: O enfermeiro realizará uma capacitação mensal à equipe de saúde quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis dos usuários diabéticos (como alimentação, obesidade, sedentarismo, tabagismo, uso e abuso de álcool).

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

META 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão um monitoramento mensal para determinar a realização de orientação nutricional nas consultas e visitas domiciliares às pessoas com hipertensão cadastradas na UBS através revisão dos prontuários clínicos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Se organizaram palestras bimensais nas comunidades com participação da nutricionista do Município.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Demandar ao secretário de saúde a participação da nutricionista nas palestras nas comunidades de nossa UBS sobre alimentação saudável das pessoas hipertensas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão palestras e orientaram nas consultas as pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: A equipe de saúde e os ACS participaram na capacitação mensal oferecida pela nutricionista no CRAS sobre práticas de alimentação saudável.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico realizará na UBS uma capacitação trimestral sobre metodologias de educação em saúde.

META 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com diabetes.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão um monitoramento mensal para determinar a realização de orientação nutricional nas consultas e visitas domiciliares às pessoas com diabetes cadastradas na UBS através revisão dos prontuários clínicos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Se organizaram palestras bimensais nas comunidades sobre alimentação saudável com participação da nutricionista do Município.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Demandar ao secretário de saúde a participação da nutricionista nas palestras nas comunidades de nossa UBS sobre alimentação saudável das pessoas diabéticas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão palestras e orientaram nas consultas as pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.

Detalhamento: A equipe de saúde e os ACS participaram na capacitação mensal oferecida pela nutricionista no CRAS sobre práticas de alimentação saudável.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico realizará na UBS uma capacitação trimestral sobre metodologias de educação em saúde.

META 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão um monitoramento mensal para determinar a realização de orientação para atividade física regular nas consultas e visitas domiciliares às pessoas com hipertensão cadastradas na UBS através revisão dos prontuários clínicos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Se organizaram palestras bimensais nas comunidades para orientação de atividade física com participação de um orientador físico do Município.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Demandar ao secretário de saúde a participação de um orientador físico nas palestras nas comunidades de nossa UBS sobre orientação de atividade física regular.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão palestras e orientaram nas consultas as pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: A equipe de saúde e os ACS participaram na capacitação mensal oferecida por orientador físico na UBS da cidade sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico realizará na UBS uma capacitação trimestral sobre metodologias de educação em saúde.

META 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular as pessoas com diabetes.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão um monitoramento mensal para determinar a realização de orientação para atividade física regular nas consultas e visitas domiciliares às pessoas com diabetes cadastradas na UBS através revisão dos prontuários clínicos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Se organizaram palestras bimensais nas comunidades para orientação de atividade física com participação de um orientador físico do Município.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Demandar ao secretário de saúde a participação de um orientador físico nas palestras nas comunidades de nossa UBS sobre orientação de atividade física regular.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento do diabetes.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão palestras e orientaram nas consultas as pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da diabetes.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: A equipe de saúde e os ACS participaram na capacitação mensal oferecida por orientador físico na UBS da cidade sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico realizará na UBS uma capacitação trimestral sobre metodologias de educação em saúde.

META 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão um monitoramento mensal para determinar a realização de orientação nas consultas e visitas domiciliares sobre

riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão cadastradas na UBS através revisão dos prontuários clínicos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento: Demandar ao secretário municipal de saúde adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão palestras mensais e orientaram nas consultas as pessoas com hipertensão e tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: A equipe de saúde e os ACS participaram na capacitação mensal oferecida por orientador físico na UBS da cidade sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico realizará na UBS uma capacitação trimestral sobre metodologias de educação em saúde.

META 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com diabetes.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão um monitoramento mensal para determinar a realização de orientação nas consultas e visitas domiciliares sobre riscos do tabagismo às pessoas com diabetes cadastradas na UBS através revisão dos prontuários clínicos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento: Demandar ao secretário municipal de saúde adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar as pessoas com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão palestras mensais e orientaram nas consultas as pessoas com diabetes e tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento A equipe de saúde e os ACS participaram na capacitação mensal oferecida por o psicólogo do CRAS na UBS da cidade sobre o tratamento de usuários tabagistas.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico realizará na UBS uma capacitação trimestral sobre metodologias de educação em saúde.

META 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão um monitoramento mensal para determinar a realização de orientação nas consultas e visitas domiciliares sobre higiene bucal as pessoas com hipertensão cadastradas na UBS através revisão dos prontuários clínicos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Garantir um tempo médio de 15 minutos em cada consulta por usuários com a finalidade de oferecer orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão palestras mensais e orientaram nas consultas as pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: A equipe de saúde e os ACS participaram na capacitação mensal oferecida por o odontólogo da UBS da cidade sobre orientações de higiene bucal.

META 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários com diabetes.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão um monitoramento mensal para determinar a realização de orientação nas consultas e visitas domiciliares sobre

higiene bucal as pessoas com diabetes cadastradas na UBS através revisão dos prontuários clínicos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Garantir um tempo médio de 15 minutos por usuário diabético em cada consulta com a finalidade de oferecer orientações em nível individual.

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Ação: Orientar as pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: O médico e enfermeiro realizarão palestras mensais e orientaram nas consultas as pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: A equipe de saúde e os ACS participaram na capacitação mensal oferecida por o odontólogo da UBS da cidade sobre orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

Meta 1.1: Cadastrar 85% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes mellitus da UBS.

Indicador 1.1. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 90% de pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes mellitus da UBS.

Indicador 1.2. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1. Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2. Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3. Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5. Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes.

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

Indicador 2.8. Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

Indicador 2.9. Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 4.1. Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 4.2. Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 5.1 Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e às pessoas com diabetes Mellitus.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 5.2. Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2. Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre nutricional.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.5. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.3.3 Logística

Para desenvolver a Ação de Intervenção de programa de atenção das pessoas com hipertensão e diabetes será adotado o protocolo de hipertensão arterial e diabetes mellitus do Ministério da Saúde, de 2013. Este protocolo estará disponível na UBS em número de cópias suficientes para todos os membros da equipe. As cópias serão providenciadas pela secretaria de saúde.

As informações das consultas serão colhidas no prontuário clínico, o qual conte as informações relevantes para o monitoramento da intervenção como nome, idade, sexo, cor da pele, antecedentes patológicos familiares, hábitos tóxicos, controle de tratamento, tipo de tratamento, regularidade de tratamento e acompanhamento, fornecimento de medicamentos prescritos, exame clínico apropriado, exames complementares em dia, estratificação de risco, lesões em órgãos alvo, com orientações para alimentação saudável, para atividade física regular, sobre risco de tabagismo e álcool, usuários com atraso de consulta, faltosos com busca ativa, além de informações adicionais presentes na anamnese. Aqui, cabe salientar, que somente serão coletados os dados a partir do início da intervenção, caso tenha falta de alguma informação relevante, a equipe poderá buscar em ficha de anamnese de outra consulta anterior. A cada consulta os dados serão coletados na ficha-espelho, a qual é disponibilizada pelo curso. Serão solicitadas ao gestor municipal que imprima 100 cópias das fichas-espelhos, necessárias para o acompanhamento.

O cadastro do hipertenso e/ou diabético se realizará na UBS pela equipe de enfermagem e na visita domiciliar pelos agentes comunitários de saúde. As visitas são realizadas pelos ACS diariamente, duas tardes com a participação do médico da equipe, estas com prioridade aos usuários cadeirantes, acamados, com doenças descontroladas. Há um carro disponível, caso necessário, para a realização das visitas. Será solicitado ao gestor o fornecimento de 150 cópias das fichas de atendimento individual necessárias para o cadastramento

Para o acolhimento ao hipertenso e diabético será revisada a rotina durante as reuniões de equipe e capacitações, para adoção do protocolo. Será feita medida de PA na sala de recepção, diariamente. A UBS já dispõe dos materiais necessários para aferição adequada de PA e glicemia capilar (tensiômetros, fita métrica,

glicosímetro, glicofitas). Estes têm sido regularmente repostos ou calibrados anualmente pela gestão municipal.

Para alcançar a meta de busca aos faltosos será elaborado conjuntamente com enfermagem e técnica de enfermagem um registro de faltosos. A busca ativa aos faltosos será feita principalmente pelos ACS através das visitas domiciliares. Os usuários terão prioridade no agendamento, preferencialmente no mesmo mês, para isso haverá disponibilidade de consultas prioritárias.

Para melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na UBS, em termos de logística, o monitoramento semanal será realizado pela enfermeira e o médico através da ficha-espelho. As atribuições de cada profissional estão bem definidas no protocolo de hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde, as quais serão repassadas na reunião da equipe utilizando os mencionados protocolos. Na consulta o médico solicitará os exames complementares previstos no protocolo, os quais têm facilidade de acesso no município, com laboratório privado credenciado pelo SUS e monitorando para que os resultados dos exames sejam obtidos em tempo adequado, a secretaria de saúde deve garantir 100 modelos de requisição de exames e receituários. Todos os usuários saem da consulta com o retorno agendado.

Na UBS há disponibilidade e estoque suficiente dos medicamentos para os usuários hipertensos e diabéticos, até procurado trocar as receitas de muitos usuários que tinham tratamentos de com nomes comerciais muito custosos pelos genéricos que são disponibilizados na rede e eram desconhecidos. O controle deste estoque será feito pela equipe de enfermagem, semanalmente.

A qualificação da prática clínica dos membros da equipe será de responsabilidade do médico e as primeiras capacitações ocorrerão nas três primeiras semanas e depois a cada quatro semanas nas reuniões mensais da equipe, na sala de recepção, único local da unidade com espaço suficiente, com duração de duas horas. Para melhor organização será pedido que os membros da equipe leiam partes do protocolo para serem posteriormente discutidas em grupo. As cópias do protocolo estarão disponíveis para todos.

Em relação às ações de promoção de saúde, relacionadas com as orientações sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo, álcool, farão parte da rotina médica e de enfermagem no atendimento diário de cada usuário, tanto no domicílio, quanto recepção ou atendimento

individual. Para isso, serão realizadas capacitações para fazer que os profissionais da equipe façam também promoção de saúde nas visitas domiciliares, no âmbito da UBS, na associação do bairro. Esta capacitação será realizada pelo médico, nas reuniões de equipe.

Para realizar estas atividades de grupo com os usuários se utilizará a sala de recepção, que é espaçosa e boa para fazer esta atividade de caráter participativo, serão discutidos os temas alimentação saudável, tabagismo, álcool, prática de exercício regular, orientações sobre saúde bucal, importância do acompanhamento de doenças crônicas e suas possíveis complicações, importância do exame clínico e o acompanhamento com os exames complementares, além do rastreamento para diabetes ou hipertensão em usuários que só tenham uma das duas doenças, explicar sobre a importância do acompanhamento de familiares como irmãos, pais, filhos ainda sem a doença para orientar sobre os fatores de riscos modificáveis. Para a realização das atividades de grupo mensal vamos precisar de folders, folhas, canetas e os protocolos impressos. Este material será solicitado ao gestor pelo médico da equipe. Será anotada a participação dos usuários no prontuário e planilha disponível.

Todas estas ações serão monitoradas e avaliadas pelo médico, semanalmente, utilizando o computador disponível na UBS e as planilhas eletrônicas do curso. Ainda, o médico revisará os prontuários e fichas espelho, verificando se estão corretamente preenchidos e alertando para busca aos faltosos. A partir destas ações de monitoramento e avaliação de todas as ações será possível avaliar os indicadores propostos e verificar o andamento correto da intervenção.

[illegible]

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante as doze semanas de desenvolvimento do trabalho de intervenção na UBS “Brejão” do município Antônio Almeida, tentou-se fazer todas as atividades como planejada no cronograma, conforme a planilha de objetivos, metas, indicadores e ações (HAS/DM). Sempre contamos com apoio da secretaria de saúde, que garantiu os recursos necessários e com muito comprometimento da equipe da UBS e da população em geral.

Ações previstas no projeto a serem desenvolvidas durante o trabalho de intervenção e que foram realizadas integralmente ou parcialmente (facilidades e dificuldades)

No eixo de monitoramento e avaliação: as ações previstas no projeto a serem desenvolvidas durante o trabalho de intervenção e que foram realizadas integralmente ou parcialmente: realiza-se o monitoram em todas as pessoas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes mellitus da UBS, monitorasse a realização dos exames clínicos apropriados as pessoas com hipertensão e diabetes, a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes, monitorizasse número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes. Monitoramos as pessoas com hipertensão e

diabetes que necessitavam de atendimento odontológico. Monitoramos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) das pessoas com hipertensão e diabetes, a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes acompanhadas na UBS, o número de pessoas com hipertensão e diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco cardiovascular por ano. Monitoramos a realização de orientação nutricional, a atividade física regular, os riscos do tabagismo e a higiene bucal das pessoas com hipertensão e diabetes. A qualidade do preenchimento nas fichas espelhos, assim como a atualização dos prontuários clínicos.

No eixo de organização e Gestão dos Serviços, as ações previstas no projeto a serem desenvolvidas durante o trabalho de intervenção e que foram realizadas integralmente ou parcialmente:

Foi garantido o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa, melhorou-se o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM desde sua recepção até a programação da consulta no dia para satisfazer suas necessidades ou queixas da saúde, pela secretaria de saúde foi garantido todo o material necessário para a tomada da medida da pressão arterial e realização do hemoglicoteste (um glicômetro, três esfigmomanômetro, dois fitas métricas) na UBS. Nas primeiras semanas se definiu as periodicidades para atualização dos profissionais, as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e diabetes, no exame dos pés das pessoas diabéticas, organizam-se a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS, se organizo a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares e forem atendidas na próxima semana, foi garantida a solicitação e agilidade na realização dos exames complementares a todas as pessoas com hipertensão e diabetes que não tia estes no dia de acordo com no protocolo, mais não foi cumprido por problemas de transportação, pois a população viaja nos ônibus escolar e chega à cidade depois do horário de extração de mostras. Realizou-se o controle de estoque mensal (incluindo validade) dos medicamentos, e estabeleceu-se um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes cadastrada na UBS. Realizou-se a avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes pelo médico e o enfermeiro. Organizou-se as visitas domiciliares com os ACS para buscar as pessoas com hipertensão e diabetes faltosos as consultas se implantaram as fichas

de acompanhamento na totalidade das pessoas com HAS e DM, forem mantidas as informações do SIAB/e-SUS atualizadas. Organizou-se o registro que nos permite determinar quando existem atrasos na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Prioriza-se o atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes avaliadas como de alto risco. Organizasse práticas coletivas sobre alimentação saudável com participação da nutricionista nesta atividade e práticas coletivas para orientação de atividade física com participação do educador físico de educação nesta atividade, estabelecesse o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual a pessoas com hipertensão e diabetes. Apresentamos dificuldades para dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS por problemas de recursos no município, mas serão garantidos os exemplares no início do novo ano pela secretaria de saúde, além de se definir solicitar a referência e contra-referência para pessoas com diabetes e hipertensão que necessitem de consulta especializada como no contamos com especialistas no município nem no hospital regional as consultas são agendadas na capital do estado pela secretaria de saúde e a demora é muito grande pela demanda (mais de 6 meses). Organizasse a agenda de saúde bucal na UBS da cidade para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes proveniente da avaliação da necessidade de atendimento odontológico de nossa UBS mais os atendimentos têm muito atraso, pois a demanda é alta e somente contamos com serviços de um odontólogo que atende de segunda a quarta-feira de 15 em 15 dias.

No eixo de Engajamento Público, as ações previstas no projeto a serem desenvolvidas durante o trabalho de intervenção e que foram realizadas integralmente ou parcialmente

Informaram-se as comunidades, nos inícios das consultas, em palestras, em reunião com líderes de comunidade, sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes mellitus na UBS. Falou-se sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, quanto aos riscos de doenças

cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente (nas pessoas com diabetes), quanto à necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade, quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes e possíveis alternativas para obter este acesso. Orientou-se também sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal. Realizasse ouvidoria com pessoas das comunidades e familiares das pessoas com hipertensão e diabetes sobre estratégias para não ocorrer evasão das consultas. Esclarecesse sobre a importância de assistir as consultas e a periodicidade preconizada para sua realização. Realiza-se a orientação sobre os direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, orientam-se os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e o adequado controle de fatores de risco modificáveis e a importância da alimentação saudável, assim com a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes e hipertensão. Também se orienta às comunidades e as pessoas com hipertensão e diabetes e seus familiares diante palestras sobre a importância da prática de atividade física regular, sobre a importância da higiene bucal, riscos e danos a saúde do tabagismo.

No eixo de Qualificação da prática clínica, as ações previstas no projeto a serem desenvolvidas durante o trabalho de intervenção e que foram realizadas integralmente ou parcialmente:

Nas primeiras semanas da intervenção realizamos capacitações com os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS, a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para a realização do hemoglicoteste corretamente, e quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, se capacito a equipe para a realização de exame clínico e do exame dos pés dos diabéticos de forma apropriada. Capacitasse a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares e atualização do profissional no tratamento da hipertensão e a diabetes, sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes, para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes. Também realizasse capacitação a nossa equipe no

preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes e do registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, e como realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo assim como a importância do registro desta avaliação e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Realizasse capacitação metodologias de educação em saúde para oferecer orientações as comunidades e as pessoas com HAS e DM, sobre as práticas de alimentação saudável, a promoção da prática de atividade física regular, higiene bucal e sobre o tratamento de os usuários tabagistas.

Tivemos dificuldade com o atendimento odontológico, pois só temos um odontólogo no município com uma frequência de quinze em quinze dias e insuficientes para a demanda da população se agendam as consultas pero com períodos de tempo muito longos, e tem muitos atrasos.

Tivemos também dificuldades com a cobertura dos medicamentos para os usuários hipertensos (Enalapril 25 mg, Hiclorotiazida 25 mg, Losartana potassica 50 mg) por dificuldades com o transporte e compra insuficiente no último mês.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Ações previstas no projeto de intervenção para serem desenvolvidas e que não foram desenvolvidas;

Não conseguimos imprimir o protocolo de atenção das pessoas com hipertensão e diabetes por falta de recursos na secretaria de saúde e deve ser impresso nos primeiros meses do próximo ano. Mas conseguimos fazer a capacitação e usar o protocolo em PDF disponíveis na internet.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Tivemos problemas no preenchimento correto das fichas espelhos por falta de pratica dos profissionais, isso na primeira semana. O problema foi resolvido depois da capacitação da equipe que estava pendente de realizar, pois no dia

previsto para a capacitação o enfermeiro estava doente, também encontramos ao monitorar as fichas espelhos alguns usuários atendidos nessa semana e não se havia preenchido as informações correspondentes e foi resolvido imediatamente. Também encontramos usuários acompanhados nas primeiras semanas que não se ofereceu orientações de alimentação saudável, atividade física regular, saúde bucal ou não se indicou exames complementares problemas estes resolvidos nas outras semanas. Apresentamos dificuldades na planilha de coleta de dados, pois utilizamos como denominador o número de pessoas com diabetes e hipertensão cadastrados na UBS todos os meses e não o número de pessoas que assistiam no mês o que provocou indicadores de qualidade muito baixos e também foi resolvido.

Durante a intervenção documentamos todas as ações com a realização de fotografias que foi de agrado das pessoas e da equipe de saúde o que facilitou a confecção dos diários da intervenção que resultaram de muita ajuda para o desenvolvimento do trabalho e para traçar novas estratégias para o cumprimento das ações e retificar erros cometidos, também foi de muita ajuda na hora da confecção da PCD.

3.4. Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O trabalho realizado em estes três meses da intervenção foi adotado pela equipe como atividades cotidianas e vai continuar sendo realizado da mesma forma com o mesmo entusiasmo e dedicação, levando o registro na PCD e com a realização dos diários de intervenção melhorando a pesquisa e a busca ativa de todas as pessoas com hipertensão e diabetes nas comunidades mais isoladas diante a realização de visitas domiciliares junto com os ACS.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção para Melhorar a Atenção as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Brejão do Município Antônio Almeida/PI, durou 12 semanas. Neste tempo conseguimos atender 142 pessoas, sendo 137 com hipertensão e 34 com diabetes.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

Meta 1.1: Cadastrar 85% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes mellitus da UBS.

Indicador 1.1. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

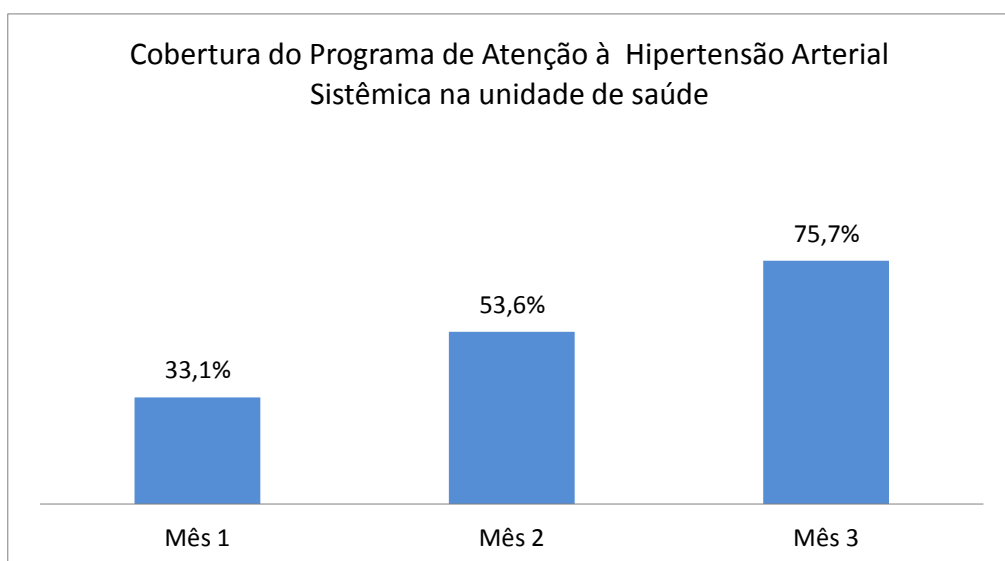


Figura 4: Gráfico de cobertura do Programa de Atenção à HAS

Ao iniciar a intervenção apenas 105 pessoas com hipertensão estavam cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes mellitus da UBS de uma estimativa de 181 pessoas, ao longo da intervenção foram cadastradas no primeiro mês do trabalho de intervenção 60 pessoas com HAS para 33,1%, no segundo mês 97 para 53,6% e no terceiro mês 137 para 75,7% deste indicador. As ações desenvolvidas e que mais auxiliaram no aumento do cadastramento foram: a melhora do acolhimento para os usuários portadores de HAS, orientar as comunidades sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão, a capacitação dos ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 90% de pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes mellitus da UBS.

Indicador 1.2. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

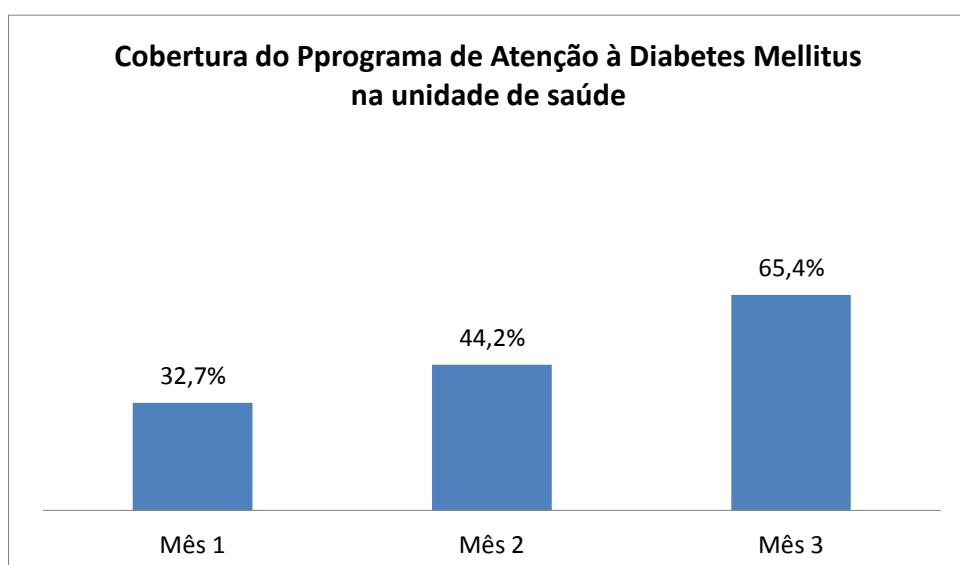


Figura 5: Gráfico de cobertura do Programa de atenção à pessoa com DM

Ao iniciar a intervenção havia apenas 23 pessoas com diabetes Mellitus, das 34 pessoas previstas, estavam cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes mellitus na UBS. No primeiro mês do trabalho de intervenção, 17 pessoas com DM para 32,7%, no segundo mês 23 para 44,2% e no terceiro mês 34 para 65,2% deste indicador. As ações desenvolvidas e que mais

auxiliaram no aumento do cadastramento foram: a melhora do acolhimento para os usuários portadores de diabetes, orientar as comunidades sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da diabetes, a capacitação dos ACS e da equipe de saúde para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1. Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Esse objetivo e meta foram cumpridos com êxito. Foram realizados exames clínicos apropriados em 100% das pessoas com hipertensão nos três meses da intervenção. Foram 60 pessoas no primeiro mês, 97 no segundo e 137 no terceiro mês. A ação que mais auxiliou a realização de um exame clínico apropriado foi a capacitação da equipe de saúde e a definição de suas atribuições.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2. Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Foram realizados os exames clínicos apropriados aos 100 % das pessoas com Diabetes, assim como nos casos das pessoas com HAS. Foram 17 pessoas atendidas no primeiro mês, 23 no segundo e 34 no terceiro mês. A ação que mais auxiliou a realização de um exame clínico apropriado foi a capacitação da equipe de saúde e a definição de suas atribuições.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3. Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Essa meta foi atingida em 100%. Foram 17 no primeiro mês, 23 no segundo e 34 no terceiro. A ação que mais auxiliou a realização de um exame clínico apropriado foi a capacitação da equipe de saúde e a definição de suas atribuições, e

a realização de palestras sobre a importância deste exame com participação de familiares e população e também com as informações que sobre o tema oferecem nas visitas domiciliares os ACS.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.

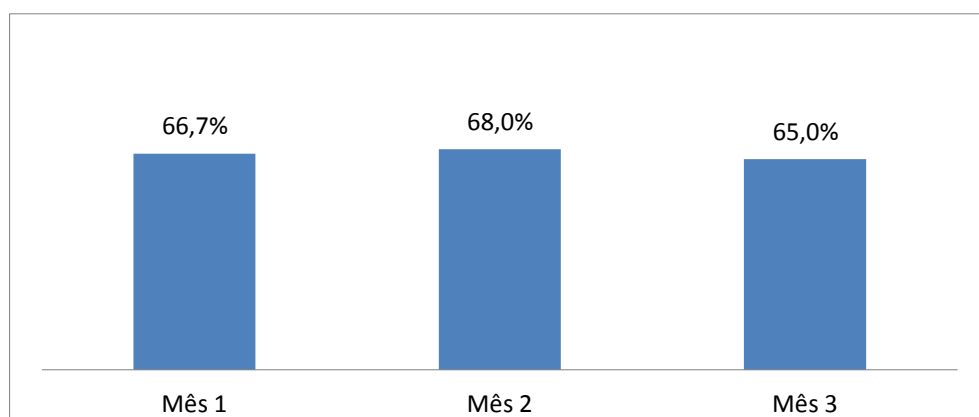


Figura 6: Gráfico com a proporção de pessoas com HAS com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

As pessoas com HAS com exames complementares no dia de acordo com o protocolo no primeiro mês foi 40 para 66,7%, no segundo mês 66 para 68% e no terceiro mês 89 para 65%, o principal problema, para não conseguir chegar em 100%, nesta meta, foi à dificuldade que os usuários têm para se locomover no território. As pessoas usam principalmente o transporte escolar para chegar até a cidade, mas este chega depois do horário da coleta do laboratório, o técnico de laboratório se traslada desde a cidade de Uruçui a 50 km onde são processadas as mostras, ele é o responsável por trasladar todas as mostras para que chegue à instituição bem cedo, o que impossibilita realizar uma exceção no horário para dar solução a este problema, o que não ocorre com o agendamento, pois se realiza todos os dias da semana priorizando as pessoas do interior.



Figura 7: fotos das estradas da área adstrita

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5. Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

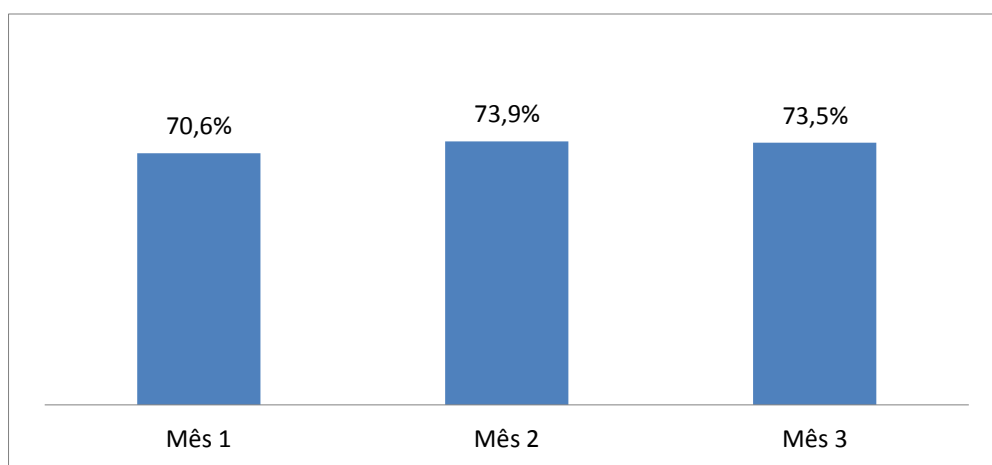


Figura 8: Gráfico coma proporção de pessoas com DM com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

As pessoas com DM com exames complementares no dia de acordo com o protocolo no primeiro mês foi 12 para 70,6%, no segundo mês 17 para 73,9% e no terceiro mês 25 para 73,3%, os problemas principais que afetaram o desempenho desta meta são iguais ao que afetaram as pessoas com HAS.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes.

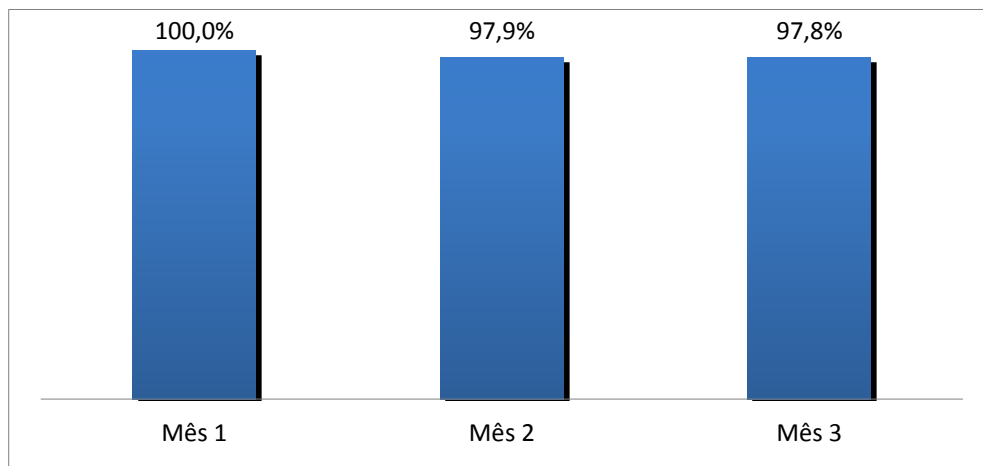


Figura 9: Gráfico com a proporção de pessoas com HAS com prescrição de medicações da farmácia popular

Foi priorizada a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular ao máximo, ao todo 60 pessoas com HAS no primeiro mês para 100%, no segundo mês 95 pessoas para 97,9% já que duas pessoas tomam medicamentos conjugados com os que logram controle da doença e não quiseram mudar o tratamento, no terceiro mês 134 pessoas para 97,8% três pessoas tomavam medicamentos com os que mantêm controle da doença e também não desejavam mudar de tratamento. O que contribuiu para o bom resultado foi às orientações oferecidas às pessoas, aos familiares e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes e possíveis alternativas para obter este acesso.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes.

O resultado foi melhor ainda, 100% delas tiveram medicações da farmácia popular prescritas, sendo 17 pessoas no primeiro mês, 23 no segundo e 34 no terceiro mês. O que contribuiu para o bom resultado foi às orientações oferecidas às

peçoas, aos familiares e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Programa de acompanhamento de peçoas com hipertensão e diabetes e possíveis alternativas para obter este acesso.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das peçoas hipertensas.

Indicador 2.8. Proporção de peçoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das peçoas diabéticas.

Indicador 2.9. Proporção de peçoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Conseguimos realizar avaliação das necessidades de atendimento odontológico para 100% das peçoas com HAS e DM. As avaliações foram realizadas pelo médico e enfermeiro nas consultas, além de que toda a equipe recebeu uma capacitação pelo odontólogo da UBS da cidade, sobre a forma correta de realizar o exame bucal e as características das principais lesões.

Os principais problemas, que demandaram atendimento odontológico foram as caries dentais muitos usuários com dentes e molares para serem extraídas por o grau das lesões, lesões brancas nas gengivas sugestivas de neoplasias, as maiorias dos usuários aceitam bem a realização dos exames e procuram o agendamento das consultas na UBS da cidade, mais existe medo a este serviço em muitas das peçoas em todas as faixas etárias e fazem resistência a assistir as consultas.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de peçoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1. Buscar 100% das peçoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de peçoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

Meta 3.2. Buscar 100% das peçoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de peçoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Conseguimos realizar busca ativa para 100% das pessoas com HAS e DM em nossa área de adstrição. A ação que nos auxiliou neste resultado positivo foi organizar visitas domiciliares com a participação de toda a equipe da UBS junto aos ACS para buscar as pessoas com hipertensão faltosas as consultas segundo o protocolo de atenção, antes se realizou uma capacitação com a equipe e ACS sobre busca ativa, e nas quinta feiras de cada semana na reunião da equipe se confeccionava uma listagem das pessoas faltosas a consultas e se organizava as visitas a realizar, priorizando os que tinham atrasos na realização de exames complementares ou faltavam pela avaliação do risco cardiovascular ou os que não estavam procurando os medicamentos indicados. A área de adstrição é grande e as pessoas ficam distantes do local de atendimento, mas conseguimos atingir essa meta, principalmente utilizando-se da estratégia de visitas domiciliares:



Figura10: visitas domiciliares na área adstrita

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 4.1. Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 4.2. Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Essas metas atingiram 100% em todos os meses, tanto para pessoas com HAS, quanto para quem tem DM. Foi realizada capacitação com a equipe sobre a importância do preenchimento de todos os registros necessários aos acompanhamentos das pessoas com HAS e DM, pois os registros existentes eram

limitados somente registrava os nome idades e assinatura dos usuários, se explicou a todo equipe sobre a necessidade de melhorar os registros e adicionar dados que facilitarem o trabalho, como data da próxima consulta a data de entrega dos medicamentos na ficha espelho, resultados de exame complementar e a data de realização, todo foi bem acolhido pela equipe e se realiza sem dificuldades.

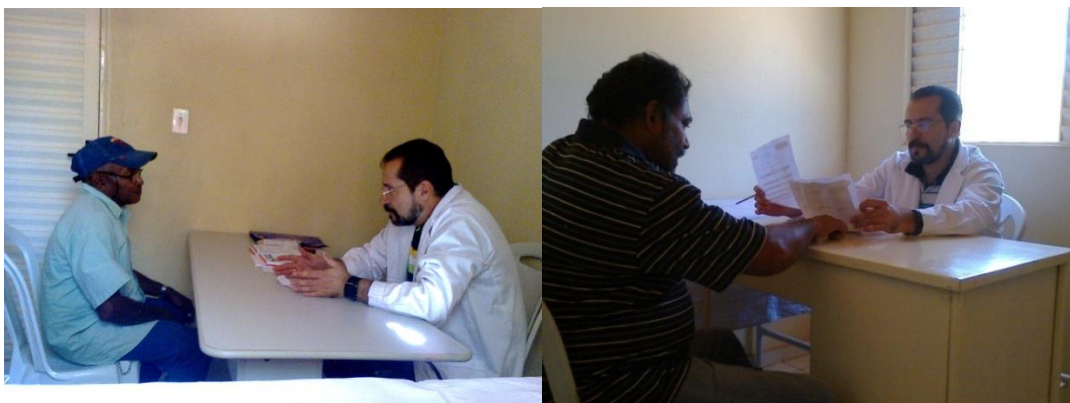


Figura 11: atendimento clínico

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 5.1. Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 5.2. Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Conseguimos realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com HAS e DM em todos os meses da intervenção. Para conseguir fazer isso foi necessário, ante do início da intervenção, revisar o protocolo do programa de HAS e DM e fazer capacitação da equipe, sobre tudo minha e do enfermeiro.

Os principais riscos encontrados, tanto em quem tem HAS, quanto DM foram antecedentes familiares de doenças cardiovasculares, IMC acima de 30, historia pessoal de AVC e IAM e a idade, caso significativo o constitui a usuária Maria Felix Ferreira Santiago de 35 anos, que assistiu a consulta com tontura e dor na cabeça ao exame clínico se detecta pressão arterial 150/100 no interrogatório refere que sua

mãe apresenta uma cardiopatia hipertensiva, pai morto com AVC e ao exame físico; tem um índice de massa corporal acima de 30, um índice de cintura acima de 90, pelo que se decidiu iniciar tratamento medicamentoso de início pelos riscos encontrados.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2. Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

100% das pessoas que passaram pela avaliação durante as 12 semanas de intervenção receberam orientações nutricionais. Essas orientações eram realizadas durante as consultas e também em reuniões educativas ao início das consultas na recepção da UBS, nas visitas domiciliares pelos agentes comunitários, o que foi possível pela capacitação recebida pela equipe e ACS oferecida ao início da intervenção pela nutricionista que também participa das palestras oferecidas nas comunidades sobre este tema.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Foram garantidas a 100% das pessoas com HAS e DM orientações sobre prática regular de atividade física a 100%. Essas orientações foram realizadas nas consultas e nas reuniões educativas realizadas ao início das consultas na recepção, nas visitas domiciliares pelos agentes comunitários, pois se realizou capacitação junto

a nossa equipe, por um orientador físico de educação que também participo nas palestras oferecidas nas comunidades sobre este tema.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.5. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Para 100% das pessoas atendidas foram garantidas as orientações sobre os riscos do tabagismo, nas consultas e nas palestras oferecidas nas comunidades onde também se informo da existência do programa no município para deixar de fumar, além disso, o hábito de fumar não constitui um problema em nossa UBS e as poucas pessoas com hipertensão e diabetes que fumam são pessoas idosas e não mostram interesses em deixar de fumar.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Foram garantidas as orientações sobre higiene bucal a 100% das pessoas com HAS e DM, durante as 12 semanas de intervenção. Toda a equipe participou destas ações que se realizarem na UBS no momento da recepção em reuniões educativas, nas consultas, nas visitas domiciliares. Também nas palestras oferecidas nas comunidades nas quais participo o odontólogo da UBS da cidade.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS “Brejão” propiciou a ampliação da cobertura da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, com destaque no exame clínico apropriado, exame dos pés das pessoas com diabetes, a prescrição de medicamentos da farmácia popular, exame das necessidades de atendimento odontológico, confecção das fichas de acompanhamento individual, exame de risco cardiovascular e as orientações sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos de tabagismo e sobre a higiene bucal também na recuperação das consultas com atrasos diante a busca ativa nas comunidades.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações dos protocolos de atenção as pessoas com hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde relativas ao cadastramento e atualização da população da área da abrangência de nossa UBS, a realização de exame clínico apropriado, a solicitação de exames complementares, a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, a periodicidade das consultas, o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento, estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, atualização do profissional no tratamento da hipertensão e a diabetes, as práticas de alimentação saudável, a promoção da prática de atividade física regular, o tratamento de usuários tabagistas, sobre metodologias de educação em saúde, orientações de higiene bucal.

Esta atividade promoveu o trabalho integrado da nossa equipe de saúde (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, e ACS), melhorou o acolhimento das pessoas que procuravam nossos serviços e acabou tendo impacto também nas relações de trabalho ente nossa UBS e a UBS Napoleão da Costa Veloso, no centro da cidade e que presta alguns serviços a nossa população, como atenção odontológica, exame complementares. Também melhorou a realização de atividades educativas, palestras e encontros nas comunidades e logrou-se trabalhar com maior organização nos outros programas do Ministério da Saúde como a atenção ao pré-natal e puerpério.

Antes da intervenção, as atividades de atenção as pessoas com hipertensão e diabetes eram realizadas fundamentalmente pelo enfermeiro e limitado somente a checagem da pressão e entrega dos medicamentos. A intervenção reviu as

atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas com HAS e/ou DM, melhorou a qualidade na recepção e melhorou a atenção aos usuários oferecida pelo enfermeiro e pelo médico nas consultas avaliando cada pessoa com HAS ou DM de forma integral com exame clínico completo com avaliação de risco cardiovascular e melhorou a realização da triagem para realização de novos diagnósticos de HAS e DM.

Os agendamentos dos atendimentos e os registros corretos viabilizam a organização de outras ações programáticas orientadas pelo Ministério da Saúde (MS). A classificação dos riscos das pessoas com estas doenças tem sido importante para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção ainda não foi totalmente percebido pela comunidade, como imaginava que seria, mas os usuários mostram-se satisfeitos com a prioridade no atendimento, com as mudanças na atenção recebida, com as orientações que se lhes são oferecidas e a disponibilidade de medicamentos, que são entregues na própria unidade.

A pesar da ampliação da cobertura do programa, ainda temos que trabalhar na busca ativa, captação, acompanhamento das pessoas que ainda não tem diagnóstico ou não estão sendo acompanhadas pela equipe de saúde na UBS. A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a confecção da análise situacional se houvesse discutido as atividades a ser desenvolvidas com os gestores do Município. Também faltou melhor integração ao início com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção das pessoas com hipertensão e diabetes e discutir a melhor maneira de programar os atendimentos.

Ao final da intervenção se percebe que a equipe está integrada, unida e comprometida, pois a incorporação da intervenção a rotina do serviço, não constitui um problema e foi acolhida como uma mudança necessária e de benefícios ao desenvolvimento do trabalho em sentido geral, o trabalho de conscientização da comunidade neste sentido foi feito fundamentalmente pelos ACS e os líderes das comunidades que entendem desde o início da necessidade das mudanças no funcionamento da UBS para melhorar a qualidade da atenção e um melhoramento dos indicadores de saúde a qualidade de vida destas pessoas com hipertensão e diabetes.

Trabalhando conjuntamente com os agentes comunitários de saúde e os líderes das comunidades e com apoio da secretaria de saúde, pretendemos ampliar

a intervenção com outros programas priorizados pelo Ministério da Saúde como o pré-natal e puerpério, e com a atenção a saúde das crianças.

5 Relatório da intervenção para gestores

Senhores gestores:

Há aproximadamente um ano iniciamos uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas. O curso dá suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Ele foi bastante prático e como resultados realizaram uma reorganização no programa de Atenção as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e com Diabetes Mellitus (DM) na UBS Brejão do município Antônio Almeida do estado de Piauí, que servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na UBS e poderá servir para todo o município.

A equipe participou de as fases deste processo e tem o grande mérito, bem como a população local. Nossa população é de 903 habitantes e, segundo as estimativas do Caderno de Ações Programático (CAP), tínhamos 181 usuários com HAS, (20,4% da população total) e 52 com DM (5,7% do total da população). No tempo de 12 semanas conseguimos reorganizar o serviço e atender 142 pessoas, sendo 137 (75,7%) com HAS e 34 (65,4%) com DM, como mostra os gráficos.

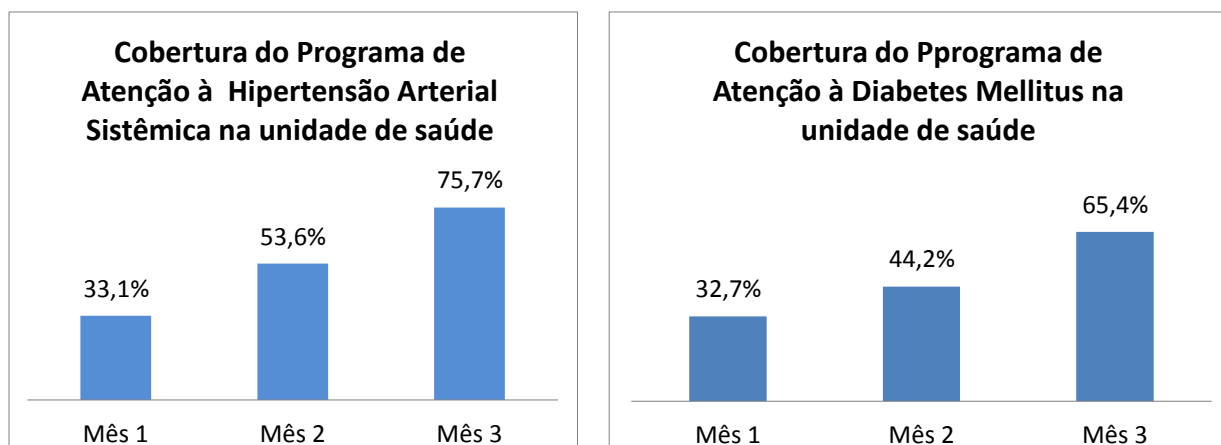


Figura 12: Gráfico de cobertura do Programa de Atenção à HAS e DM

Ao iniciar a intervenção apenas 105 pessoas com hipertensão estavam, mesmo assim não era realizado o programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes mellitus, mas apenas consultas em demanda espontânea. Hoje conhecemos todas as pessoas que têm HAS e DM em nossa área e oferecemos realmente o programa idealizado pelo Ministério da Saúde, segundo o protocolo.

Antes do projeto, em nossa UBS as não tinham os exames clínicos realizados tal qual dizia o protocolo. Não se realizava avaliação do risco cardiovascular, nem exame das necessidades de atenção odontológicas, as pessoas não recebiam orientações sobre alimentação saudável, sobre a importância de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo. Os exames laboratoriais só eram realizados diante de algum sintoma manifesto e não conforme o protocolo. Se a pessoas não vinha para consulta, ninguém notava e não se realizava busca ativa.

O trabalho de toda a equipe foi fundamental, sobretudo dos ACS que se empenharam demais para buscar as pessoas com HAS e DM. A implantação de reuniões de equipo e de capacitações periódicas foi fundamental para despertar o sentido de equipe da potencialidade que tínhamos para resolver os problemas de nossa população.

Mas nem tudo que nos propomos fazer foi possível. Não conseguimos cumprir a meta de realizar exames complementares em dia para 100% da população, o principal problema para isso é a dificuldade com o transporte, uma vez que ele chega à cidade depois do horário de coleta dos exames. Outro problema diz respeito à dificuldade em atender toda a população da área com serviço de saúde

bucal. Esses problemas poderiam ser resolvidos se a coleta dos exames fosse realizada na área, bem como o atendimento odontológico ou se determinar um dia fixo somente para atender à população do interior.

A importância do trabalho de intervenção é que com ajuda dos gestores, logramos melhorar estruturalmente as consultas para a realização do trabalho diário, logrou-se um melhor relacionamento de trabalho com a UBS da cidade, pois foi garantido o agendamento e realização dos exames de laboratório e atendimento odontológico, também se garantiu toda a logística para facilitar o preenchimento das fichas espelhos, as fichas de acompanhamento e o transporte para o traslado diário as comunidades, assim como manter o estoque de medicamento de nossa UBS segundo as necessidades de nossos usuários.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade.

Com a minha chaga a Unidade de Saúde, como parte do Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB), comecei a fazer um curso de especialização em saúde da família para Universidade Federal de Pelotas em Parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UFPEL/UMA-SUS). Uma das tarefas deste curso era a reorganização e/ou implantação de um programa típico de atenção básica. No meu caso escolhi fazer em Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Isso aconteceu no período de **18 de setembro a 17 de dezembro do ano 2015.**

A intervenção foi muito importante porque aumentou a qualidade dos serviços: realização de exames clínicos apropriados, incluindo o exame dos pés das pessoas com diabetes, exames laboratoriais em dia, avaliação correta dos riscos cardiovasculares, avaliação de necessidades de atendimento odontológico. Ampliou-se o número de pessoas atendidas, as pessoas passaram a ser mais bem atendidas, a equipe pode dar melhores esclarecimentos à comunidade, como por exemplo, sobre a importância da assistência, das consultas periodicamente, sobre a importância de medir a pressão ao menos uma vez por ano, isso para as pessoas maiores de 18 anos e que não têm hipertensão.

Tudo isso é importante para diminuição das complicações mais frequentes (AVC, IAM) e diminuindo a morbimortalidade destas doenças.

Apesar de ter sido feita nessas doze semanas, o planejamento aconteceu muito antes, com um Análise Situacional que mostrou os maiores problemas de nossa área e a confecção do projeto. Nosso trabalho começou a ser realizado com uma população geral de 903 habitantes. Segundo o Caderno de Ações Programáticas confeccionadas durante o curso, estimo-se que existia em nossa área 181 pessoas com HAS e 52 com DM e no momento de iniciar a intervenção

tínhamos cadastradas 105 com Hipertensão Arterial e 43 com Diabetes mellitus na área de abrangência da UBS. Nessas 12 semanas conseguimos atender 137 (75,6%) pessoas com HAS e 37 (71,15%) pessoas com DM.

Antes da intervenção os usuários com hipertensão e/ou diabetes de nossa UBS eram avaliados somente quando iam para consulta de forma espontânea e/ou quando procuravam atendimento por outros motivos. Não existia a programação de consultas nem se priorizava a atenção às pessoas com esses problemas. Não se agendava as consultas segundo a periodicidade preconizada pelo MS, só recebiam atendimento aquelas pessoas que apresentaram alguma doença aguda ou alguma complicação. Por tudo isso muitos usuários permaneciam muito tempo sem ter atenção voltada para seu problema.

Para conseguir melhorar os serviços, antes e durante a intervenção, foram realizadas capacitações para melhorar a capacitação da equipe. A intervenção propiciou, nesses três meses, a melhoria do atendimento, temos 100% das pessoas com HAS e DM cadastradas, mas nem tudo está perfeito: ainda há alguns problemas ainda persistem, como por exemplo: O cronograma de trabalho ainda tem falhas, o atendimento odontológico é feito fora de nossa área e há cada 15 dias, o serviço de laboratório ainda deixa a desejar, principalmente por causa do transporte. Mas continuaremos a insistir na solução desses problemas.

Quero agradecer e destacar a importância da equipe nesta intervenção, bem como da gestão e da comunidade: todos demonstraram interesse no desenvolvimento das atividades, sobre tudo os ACS. Em breve iremos começar a reorganizar outros programas, como o de atenção ao pré-natal e/ou puerpério e o programa de atenção à saúde das crianças e contamos com a colaboração de todos e todas.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Minhas expectativas em relação ao curso, aqui no Brasil, era aprender sobre os protocolos da atenção primária de saúde. Assim, acreditava que seria mais fácil ajudar aquelas comunidades que por muito tempo ficaram sem atenção integral de uma equipe completa de ESF.

O projeto pedagógico do curso é bom, porque enfoca a capacitação técnica para lidar com a ESF: planejamento, gestão, solução de problemas, tanto da equipe quanto da comunidade, melhora a qualificação profissional e a intervenção no serviço, a partir da observação de indicadores de cobertura e de qualidade.

O SUS é muito bom, mais ainda existem problemas que podem ser resolvidos com o passo do tempo, para brindar a comunidade com atendimentos de maior e melhor qualidade. A toda a população e a atenção básica é o escalão fundamental para melhorar a qualidade de vida do povo brasileiro, onde se trabalha na prevenção e promoção de saúde. O curso de especialização em saúde da família dá a oportunidade de adquirir conhecimento em atenção primária de saúde.

Ao longo de minha vida profissional como médico de Estratégia de Saúde da Família, o acompanhamento as pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tem sido uma atividade freqüente e a reflexão feita durante o curso de Especialização na Atenção Primária de Saúde me motivaram a escolher este tema para meu Projeto de Intervenção. O objetivo do acompanhamento das pessoas com HAS e DM é impactar positivamente na morbimortalidade, diminuir as complicações e as seqüelas que elas deixam na pessoa a família e a sociedade; propiciando uma melhoria na qualidade de vida e no estado de saúde da população em nossa área de abrangência.

A atenção domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestada em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integradas às redes de atenção à saúde.

No Brasil a mortalidade por enfermidades cardiovasculares ocupam as principais causas de morte e ainda são um problema de saúde pública, a hipertensão e diabetes constituem causas e/ou fatores de risco delas, pelo que nossa equipe de saúde tem que trabalhar muito na pesquisa ativa destas doenças, pois existe uma grande mobilidade oculta demonstrado pelos baixos índices de prevalência na UBS que provoca complicações graves em pessoas e/ou morte prematuros, temos que lograr o cadastro e acompanhamento de todas as pessoas com hipertensão e diabetes, estimular sua assistência a consulta programada periódica, a realização de exames complementares, uma avaliação dos riscos cardiovasculares, garantirem o acesso aos medicamentos logrando assim com esforço e sabedoria melhorar a qualidade de vida das pessoas e traçar ações de prevenção e promoção de saúde para obter mudanças nos estilos de vida da população e diminuir a morbimortalidade destas doenças.

Com o trabalho na UBS junto a minha equipe de saúde a cada dia me sensibilizo mais com as pessoas que precisam de nossos serviços, e me sinto muito comprometido com meu trabalho, porque um grande número de doenças pode ser evitável ou controlável na atenção primária de saúde. Apesar de ter experiência no trabalho na atenção primária de saúde, e adquirido novos conhecimentos, é melhorado como profissional e também como ser humano, pois as costumes do povo brasileiro a humildade da população onde trabalho nos enche de conhecimento e orgulho de oferecer o melhor de nós para a população que precisa dos serviços de saúde, me sinto satisfeito pelo trabalho realizado até agora junto a minha equipe e graças a ele, aos ACS, a os gestores e a todo o pessoal de apoio (motoristas, líderes comunitários), o trabalho de intervenção teve um desenvolvimento satisfatório.

Pensei no início que a intervenção seria um problema e que seria muito difícil o desenvolvimento de todas as ações para cumprimento das metas e objetivos propostos, mais superou minhas expectativas, porque as pessoas com hipertensão e diabetes os familiares e a comunidade em geral estiveram satisfeitos se

empresarem o melhoramento da qualidade na atenção nas consultas de acompanhamento, nas visitas domiciliares.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Manual de estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Caderno de Atenção Básica_ Diabetes Mellitus. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Caderno de Atenção Básica _ Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, e renais. Brasília, 2006.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profa Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel	

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Digite apenas nas cédulas em VERDE

Numero total de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS).	181
Numero total de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS).	52



Considere o total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS independentemente se frequente o programa de atenção aos hipertensos na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento no SIAB ou, onde não há ACS/SF deve sair de uma estimativa*. Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

Considere o total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS independentemente se frequente o programa de atenção aos hipertensos na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento no SIAB ou, onde não há ACS/SF deve sair de uma estimativa. Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

Pessoas com hipertensão	Mês 1	Mês 2	Mês 3
Numero total de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhadas pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção.	60	97	137
Pessoas com diabetes	Mês 1	Mês 2	Mês 3
Numero total de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhadas pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção.	17	23	34



Observações
Considere as pessoas que tem APENAS hipertensão e são residentes na área de abrangência da UBS que frequenta o programa na UBS. Você pode obter este dado contando as fichas das pessoas com hipertensão/ficha espelho/fichas.
Considere as pessoas que tem APENAS diabetes e são residentes na área de abrangência da UBS que frequenta o programa na UBS.

*Estimativa no território

População total	903
-----------------	------------



Digite nesta cédula a população total de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize este número se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador real ou estimado para o cálculo dos indicadores.

Estimativas de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total).	605,01
Estimativas de pessoas com 20 anos ou mais COM HIPERTENSÃO (22,7%)(VIGITEL, 2011).	137
Estimativas de pessoas com 20 anos ou mais COM DIABETES (5,6%)(VIGITEL, 2011).	34



Este seria o número total de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional você deve digitá-lo na cédula C5.

Este seria o número total de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional você deve digitá-lo na cédula C5.

Anexo C-Ficha espelho

[illegible][illegible]

Anexo D- Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante